

FeDerSerD

informa n. 37

ottobre 2024

FeDerSerD

FEDERAZIONE ITALIANA DEGLI OPERATORI
DEI DIPARTIMENTI E DEI SERVIZI DELLE DIPENDENZE

**Dipendenze:
le dimensioni del fenomeno,
l'efficacia dei percorsi di cura**
Nuovi Trattamenti, nuovi Servizi

ROMA
9 | 10 | 11
OTTOBRE
2024

**Centro Congressi
Holiday Inn Roma Parco Dei Medici**

indice

I TOPICS del XIII Congresso Nazionale FeDerSerD

1	Disturbo da uso di oppiacei: efficacia dei trattamenti innovativi e qualità della vita	<i>pag.</i>	3
2	Carcere ed esigibilità delle cure	<i>pag.</i>	8
3	Disturbo da uso di alcol, comorbidità, trattamento e riduzione del danno	<i>pag.</i>	19
4	Prevenzione: interventi e contesti	<i>pag.</i>	39
5	Sessualità ed uso di sostanze. Non solo ChemSex	<i>pag.</i>	91
6	Dipendenze e comorbidità	<i>pag.</i>	94
7	Il laboratorio di tossicologia: diagnosi e monitoraggio clinico tossicologico	<i>pag.</i>	126
8	Gioco d'azzardo, IAD e altre dipendenze comportamentali	<i>pag.</i>	131
9	Tabagismo, comorbidità, trattamento e riduzione del danno	<i>pag.</i>	190

Supplemento a Mission
PERIODICO TRIMESTRALE
DELLA FEDERAZIONE
ITALIANA DEGLI OPERATORI
DEI DIPARTIMENTI E DEI
SERVIZI DELLE DIPENDENZE

Supplemento al N. 65-66
anno XVIII - 2024

Proprietà: FeDerSerD

Sede legale

Via Giotto 3 - 20144 Milano

Editor in Chief

Alfio Lucchini, Milano

Scientific Board

Roberta Balestra, ASUGI
Trieste; Claudio Barbaranelli,
Università La Sapienza, Roma;
Bruno Bertelli, Università di
Trento; Stefano Canali, SISSA
Trieste; Vincenzo Caretti,
Università LUMSA, Roma;
Ivan Cavicchi, Università La
Sapienza e Tor Vergata, Roma;
Massimo Clerici, Università
Milano Bicocca; Massimo
Diana, Cagliari; Pietro Fausto
D'Egidio, Pescara; Riccardo C.
Gatti, Milano; Gilberto Gerra,
Parma; Mark D. Griffi ths,
Trent University di Nottin-
gham Regno Unito; Jakob
Jonsson, Spelinstitutet
AB/Sustainable Interaction
e Stockholm University
Svezia; Enrico Molinari,
Università Cattolica del Sacro
Cuore Milano; Sabrina
Molinaro, CNR Pisa; Felice
Nava, ASL Verona; Marco
Riglietta, ASST Papa Giovanni
XXIII Bergamo; Giorgio Serio,
Palermo; Enrico Tempesta,
Osservatorio Alcol e Giovani
Roma

Editorial Board

Sandra Basti (Pavia);
Maria Luisa Buzzi (Bergamo);
Maurizio Fea (Pavia);
Raffaele Lovaste (Trento);
Fabio Lucchini (Bergamo);
Ezio Manzato (Verona);
Vincenzo Marino (Varese);
Liliana Praticò (Bergamo);
Cristina Stanic (Trieste);
Margherita Taddeo (Taranto);
Concettina Varango (Lodi)

Proprietà

FeDerSerD

Sede legale Via Giotto 3,
20144 Milano

Direttore responsabile

Stefano Angeli

Copyright by

FrancoAngeli s.r.l. Milano

Edizione fuori commercio

Area tematica 1

DISTURBO DA USO DI OPIACEI: efficacia dei trattamenti innovativi e qualità della vita

1.1

BUPRENORFINA IMPIANTO SOTTOCUTANEO: L'ESPERIENZA DEL SERD DI BERGAMO

Praticò L., Marenzi R., Corbetta A., Plebani G.,
Cornolti M., Vaiarini M., Riglietta M.

ASST Papa Giovanni XXIII - Bergamo - Italy

Parole chiave:

tossicodipendenza, oppioidi, trattamento con agonisti degli oppioidi, buprenorfina, impianto di buprenorfina.

L'impianto sottocutaneo di buprenorfina rappresenta uno dei trattamenti innovativi per il disturbo da uso di oppiacei (DUO). Questo trattamento permette il rilascio costante del farmaco per 6 mesi, assicurando un livello stabile del farmaco nel sangue. Questa nuova formulazione contribuisce a fornire un trattamento flessibile e personalizzato.

Abstract

Il disturbo da uso di oppioidi (DUO) rappresenta ancora oggi la patologia più rappresentata nella popolazione che affrisce ai servizi ambulatoriali per le dipendenze. Tutte le linee guida internazionali definiscono il trattamento con agonisti degli oppiacei il Gold Standard del trattamento. Nonostante questo, in Italia la stima relativa alla copertura con questa terapia delle persone con un DUO (1, 2, 3, 4, 5) supera di poco il 40% (6). La buprenorfina (BPN) è uno dei trattamenti farmacologici più comuni e fino ad oggi si basa sull'assunzione di compresse o di film sublinguale.

Negli ultimi anni sono stati introdotti sul mercato formulazioni Long Acting iniettabili in preparazioni settimanali o mensili ed una formulazione come impianto sottocutaneo della durata di 6 mesi.

Gli impianti di buprenorfina consentono un percorso di

trattamento più flessibile con approcci individualizzati e sono stati associati a importanti benefici sia per la qualità della vita del paziente che per l'onere sui sistemi sanitari. Descriviamo l'esperienza clinica condotta in un servizio ambulatoriale per le dipendenze.

Introduzione

L'impianto di buprenorfina consiste nell'inserzione a livello sottocutaneo di 4 barre di colore bianco/giallastro lunghe 26,5 mm ognuna, contenenti 74,2 mg di buprenorfina, specificatamente nella faccia volare del braccio a livello del solco tra bicipite e tricipite a partire da circa 8 cm dall'epicondilo mediale attraverso un'incisione molto piccola e con l'uso di un apposito applicatore. La procedura richiede pochi minuti, e viene fatta previa anestesia locale con lidocaina al 2%. Gli impianti vengono lasciati in sede per 6 mesi e rilasciano buprenorfina assicurando un livello costante del farmaco nel sangue. I pazienti elegibili devono essere stabilizzati da almeno 1 mese con la terapia per os con buprenorfina con un dosaggio compreso tra i 2 e gli 8 mg/die.

Figura 1 – Procedura impianto buprenorfina presso SerD Bergamo 16/08/2024



Metodi

Nei primi mesi del 2022 abbiamo iniziato una fase esplorativa, consegnando ai pazienti in trattamento con agonisti degli oppiacei (Metadone/Buprenorfina) un questionario sulle nuove formulazioni disponibili quali:

buprenorfina/naloxone film, metadone cloridrato in compresse, buprenorfina impianto sottocute. Ai pazienti interessati sono state fornite spiegazioni più dettagliate rispetto ai campi di applicazione delle stesse ed ai criteri di eleggibilità.

Dopo questa prima fase è stato selezionato un gruppo di pazienti con criteri di inclusione appropriati: dosaggio di buprenorfina sl inferiore o uguale a 8mg/die, stabilizzati da almeno un mese, disponibilità ad effettuare il trattamento.

Alla data odierna sono stati arruolati 10 pazienti, effettuati 11 impianti (un paziente ha effettuato un secondo impianto come previsto in scheda tecnica), 5 rimozioni. Indicatori clinici e strumentali per la valutazione: Nella settimana antecedente l'impianto si effettua dosaggio della buprenorfina nelle urine; per ciascun paziente vengono raccolti i seguenti dati: età, sesso, storia di dipendenza in numero di anni, sostanza d'abuso primaria, dosaggio di buprenorfina sublinguale, durata del trattamento in corso stabilizzato, terapie concomitanti, patologie concomitanti, professione, motivazione del passaggio alla nuova formulazione, data della procedura di impianto.

Il monitoraggio del trattamento segue uno schema di rilevazione di parametri standard a tempi definiti dopo l'impianto:

- T0: 1-7 giorni
- T1: 15 giorni
- T2: 1,5 mesi
- T3: 3 mesi
- T4: 4,5 mesi
- T5: 6 mesi
- T6: 7 mesi

Ad ogni visita vengono rilevati: stato di salute generale, reazioni avverse nel sito di impianto, grado di soddisfazione del paziente, metaboliti urinari di oppiacei, cocaina e buprenorfina, sintomi di astinenza valutati mediante Clinical Opiate Withdrawal Scale (COWS), uso di altre sostanze. Dopo la procedura d'impianto e di rimozione è stata inoltre compilata una survey clinica per il paziente e per il medico che ha in carico il paziente che valuta: il percorso di accettazione dell'impianto, l'intervento di inserzione e rimozione dell'impianto, il counseling fornito al paziente per riconoscere gli eventuali eventi avversi, l'organizzazione dell'intervento stesso (tempi, sede, facilità di reperire il materiale necessario, allestimento dell'ambulatorio), la semplicità/difficoltà delle due procedure da parte dell'operatore che le ha effettuate, il percorso di accompagnamento all'intervento e le successive fasi (counseling telefonici periodici) con rilevazione degli aspetti positivi e/o negativi riscontrati nelle diverse fasi.

Risultati

Sono stati arruolati 9 soggetti maschi (un paziente ha effettuato secondo impianto come da scheda tecnica), 1 soggetto femmina. L'età media è di 42 anni (22-59). La diagnosi principale è di disturbo da uso di oppiacei per 5 pazienti, disturbo da uso di oppiacei e cocaina per gli altri 5 pazienti. La storia di dipendenza ha una media di 23 anni (3-37), i pazienti sono in terapia con buprenorfina stabilizzati da almeno 30 giorni ad un dosaggio variabile tra 2 ed 8 mg die. 7 pazienti hanno un lavoro stabile, 2 pazienti sono studenti, socialmente integrati e con legami familiari significativi, 1 pensionato.

Tutti i pazienti hanno espresso il desiderio di provare a concludere il trattamento con buprenorfina, associato al desiderio di distogliere l'attenzione quotidiana alla terapia, limitando gli accessi al servizio e sentirsi maggiormente liberi sia concretamente (trasferte, vacanze, vita sociale) che psicologicamente.

Trattamenti conclusi: 5

Due dei pazienti dopo la rimozione, sono stati dimessi con diagnosi di disturbo da uso di oppiacei e stimolanti cocaina in remissione completa protratta; a uno dopo la rimozione, si è riusciti a ridurre la dose di buprenorfina da 6 mg che assumeva prima dell'impianto a 2 mg/die. A questo paziente è stato proposto un nuovo impianto, con cui attualmente è in trattamento.

Ad un quarto è rimasto in sede uno dei 4 impianti che non si è riusciti a rimuovere nella seduta di rimozione e verrà rimosso a breve con guida ecografica. Infine il 5° paziente a cui è stato recentemente rimosso l'impianto, sta bene, ha integrato buprenorfina ¼ di cp da 2 mg per un solo giorno poiché non riusciva a riposare. Non lamenta però astinenza.

Dopo la rimozione quest'ultimo paziente ha sviluppato un ematoma con una sottostante raccolta sierica che è aumentata di volume nei giorni successivi alla rimozione fino a raggiungere dimensioni di circa 3x4 cm. La raccolta è stata drenata attraverso una piccola apertura della ferita chirurgica.

Trattamenti ancora in corso: ad oggi, nei 6 pazienti ancora in trattamento, non vi è stata necessità di integrare la terapia per os dopo l'impianto, né sintomatologia astinenziale o craving per le sostanze.

1. Reazioni avverse nel sito di inserzione:

- a. Nessuno dei pazienti ha sviluppato reazioni avverse (in particolare infezione della ferita) né particolare dolore in sede di inserzione/rimozione (tutti i pazienti sono rientrati al lavoro il giorno successivo).
- b. solo in un paziente si è formata una piccola raccolta ematica circoscritta al sito di inserzione risolta sponta

Figure 2 e 3 – Ematoma e raccolta 10 giorni dopo la rimozione dell'impianto prima e dopo il drenaggio. 09/2024



neamente dopo 7 giorni, e sempre nello stesso paziente, una lieve dermatite da reazione al cerotto risolta con l'applicazione di crema topica.

c. Dopo l'inserzione (valutazione a T0) tutti i pazienti hanno riportato una sensazione di euforia, verosimilmente legata al picco di rilascio di buprenorfina dall'impianto, ritenuta gradevole per tutti ad eccezione di un paziente. Tale sintomatologia si è comunque risolta spontaneamente dopo 2-5 giorni.

d. In seguito a rimozione in uno dei pazienti si è formata piccola raccolta ematica in sede di ferita chirurgica.

2. Soddisfazione all'intervento: tutti i pazienti hanno ritenuto poco invasiva e non dolorosa la procedura, con tempi di 1 giorno per la ripresa dell'attività lavorativa.

3. Soddisfazione per il trattamento: per tutti i pazienti l'effetto maggiormente apprezzato è stato la sensazione di lucidità presente già al risveglio (con la terapia orale era riferita latenza tra sintomi lievi astinenziali e picco di efficacia all'assunzione), una stabilità nel tono dell'umore nell'arco della giornata, maggior capacità di concentrazione, ed un maggior senso di efficienza psicofisica. Tutti riferiscono come favorevole l'allontanarsi della gestualità e ritualità legata all'assunzione della compressa che associano alla ritualità dell'uso di eroina nel passato.

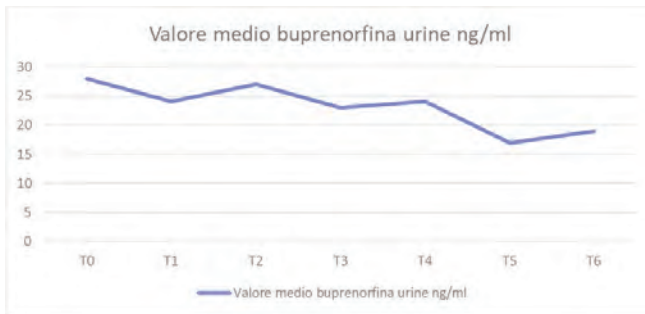
4. Valutazione sintomi astinenziali (COWS – Clinical Opiate Withdrawal Scale): durante il periodo di trattamento con impianto: in tutti i pazienti il punteggio è risultato 0, ovvero assenza di sintomi.

5. Valutazione del craving per oppiacei (VAS): assente in tutti i pazienti

6. Valutazione del craving per altre sostanze: per quanto questo non sia obiettivo specifico del trattamento con agonisti degli oppiacei, è un parametro che viene normalmente rilevato in tutti i pazienti in trattamento. Nessuno dei pazienti ha riferito craving per sostanze di abuso; un paziente ha riferito riduzione dei consumi di alcol per miglioramento del tono dell'umore percepito meno altalenante.

7. Esami tossicologici: la ricerca dei metaboliti degli oppiacei e di altre sostanze d'abuso è sempre risultata negativa. Solo un paziente ha avuto un'occasionale positività per la cocaina. I valori della buprenorfina, dopo il picco iniziale, si sono mantenuti stabili con valori compresi tra 19-28 ng/ml. Solo in un paziente dopo il picco iniziale, sono stati rilevati valori particolarmente bassi (9 e 7 ng/ml). La raccolta ematica for-

Grafico 1 – Livello di buprenorfina medio nel corso del tempo nei 10 pazienti



matasi subito dopo l'impianto potrebbe aver rallentato la diffusione del farmaco. Il paziente non ha però avvertito alcuna sintomatologia astinenziale.

8. Non vi sono stati fenomeni di misuse e/o diversione, non possibili con la formulazione impianto.

Considerazioni conclusive

Tutti i pazienti hanno scelto di intraprendere il trattamento semestrale con l'aspettativa di migliorare la propria qualità di vita e di intraprendere un percorso che portasse alla riduzione/sospensione della terapia che assumevano. L'assunzione della terapia al servizio, anche in pazienti con affido del farmaco di 28 giorni, era percepita come un limite per la necessità di organizzarsi per recarsi al servizio (permessi sul lavoro, impegni con la famiglia) con compromissione della routine quotidiana. Il costante pensiero all'assunzione quotidiana della terapia, l'essere certi di averla a disposizione anche in caso di imprevisti (trasferte, viaggi, occasioni ricreative), la persistenza di una immagine di sé "dipendente" e stigmatizzata (nascondersi per assumere la terapia), la ritualità dell'assunzione della terapia quotidiana percepita come un "sostituto" dell'eroina, le fluttuazioni dell'umore legati alla farmacocinetica e farmacodinamica del farmaco assunto quotidianamente erano fra gli elementi critici riportati dai pazienti e che hanno superato con l'impianto sc.

La procedura chirurgica è stata realizzata all'interno del SerD in ambulatorio dedicato da una équipe (medico SerD certificato per espletare l'intervento, e infermiere) e costituisce un valore aggiunto perché permette una organizzazione più semplice e gradita al paziente fornendo un punto d'ascolto dedicato, supporto psicologico e garanzia della privacy, garantendo continuità assistenziale (i pazienti hanno la possibilità di contattare il servizio tramite numero di cellulare dedicato) la cura e assistenza nel post chirurgico, il monitoraggio e medicazione della ferita, la valutazione e controllo del rischio infettivo; da ultimo l'educazione sanitaria ed

educazione terapeutica al paziente e alla famiglia. La strumentazione necessaria è quella della piccola chirurgia.

Procedura di inserzione: un medico + un infermiere. Tempo medio della procedura (valutazione paziente, procedura chirurgica, rivalutazione del paziente) 1 ora.

Procedura di rimozione: un medico + infermiere. Tempo medio 2,5 ore. La procedura di rimozione non è semplice quanto l'inserzione, richiede esperienza e tempo necessario all'adeguata rimozione degli impianti nella loro interezza.

La durata maggiore della rimozione rispetto all'inserzione è legata alla procedura che prevede la verifica della posizione degli impianti mediante palpazione. Gli impianti non palpabili devono essere localizzati prima di tentarne la rimozione. In caso di impianti non palpabili, sarebbe auspicabile rimuoverli dopo averli localizzati ecograficamente e/o tramite RMN se l'ecografia non si rivela sufficiente.

Se l'impianto è incapsulato o in presenza di retrazioni, va usato il bisturi per rimuovere i tessuti aderenti e liberare l'impianto; è sconsigliata la chirurgia esplorativa con bisturi in caso di difficile localizzazione dell'impianto.

Dopo la rimozione di ogni impianto, accertarsi che sia stato rimosso interamente misurandone la lunghezza, che deve corrispondere a 26,5 mm per singolo impianto; alla fine si sutura l'incisione.

Sarebbe auspicabile una formulazione più semplificata costituita magari da due soli impianti, più facilmente rimovibili. Potrebbe aiutare anche una colorazione degli impianti più facilmente distinguibile dal tessuto sottocutaneo.

Tutti i pazienti si sono dichiarati soddisfatti della scelta di questo trattamento sperimentando un cambiamento nella percezione del sé e della propria capacità introspettiva, riscoprendo una nuova energia, stabilità d'umore e capacità di gestire l'emotività.

In sintesi l'impianto semestrale di buprenorfina rappresenta una valida opportunità terapeutica, che non si sostituisce alle consolidate terapie, ma aumenta la possibilità di un trattamento personalizzato andando incontro a quelle che sono le esigenze del paziente nell'ottica di una reale possibilità di condurre una vita soddisfacente sia negli aspetti lavorativi, che familiari e sociali.

Maggiori dati sarebbero utili per valutare la possibilità di impianto semestrale nei pazienti che dimostrano una scarsa compliance all'assunzione orale del farmaco.

Bibliografia

1. Drug misuse and dependence UK guidelines on clinical management - Drug misuse and dependence: UK guidelines on clinical management - GOV.UK (www.gov.uk)
2. The ASAM National Practice Guideline for the Treatment of Opioid Use Disorder Received for publication January 8, 2020; accepted January 13, 2020. Copyright _ 2020 American Society of Addiction Medicine ISSN: 1932-0620/20/1402S-0001 DOI: 10.1097/ADM.0000000000000633
3. Management of opioid use disorders: a national clinical practice guideline CMAJ 2018 March 5;190:E247-57. doi: 10.1503/cmaj.170958
4. Methadone and buprenorphine for the management of opioid dependence Published: 24 January 2007 nice.org.uk/guidance/ta114
5. Guidelines for the Psychosocially_ Assisted Pharmacological Treatment_ of Opioid Dependence © World Health Organization 2009
6. Drug Report 2024 EUDA European Drug Report 2024: Trends and Developments | www.euda.europa.eu

Area tematica 2 CARCERE ED ESIGIBILITÀ DELLE CURE

2.1

INDICAZIONI OPERATIVE DI RIDUZIONE/SOSPENSIONE DEI FARMACI GABAPENTINOIDI (PREGABALIN E GABAPENTIN) E/O CLONAZEPAM PRESSO LA CASA CIRCONDARIALE DON FAUSTO RESMINI DI BERGAMO

**Bussi Roncalini E.^[1], Pezzoli M.C.^[1], Dadamo M.^[1],
Riglietta M.^[1], D'Onofrio A.^[2]**

^[1]ASST Papa Giovanni XXIII - BERGAMO - Italy, ^[2]CASA
CIRCONDARIALE Don Fausto Resmini - Bergamo - Italy

Il diritto alle cure in contesto penitenziario previsto dai Livelli Essenziali di Assistenza e nello stesso tempo la necessità di attenzionare la somministrazione di farmaci ad alto rischio di misuse e diversione ha reso necessaria la condivisione di indicazioni operative farmacologiche con i servizi interni ed esterni all'Istituto penale.

Premessa

Alcuni farmaci per le loro caratteristiche farmacologiche sono potenzialmente addittivi, ossia capaci di sviluppare dipendenza psicologica e fisica entro poche settimane o mesi di uso regolare o ripetuto (Ashton, 2002, 2005). Sono state individuate nello specifico tre tipologie di popolazioni a rischio, che pur avendo caratteristiche cliniche diverse possono anche sovrapporsi tra loro (E. Manzato et al 2014):

- Soggetti con dipendenza da basse dosi
- Soggetti con dipendenza da dosi alte
- Soggetti con abuso ricreazionale

SCOPO: condividere un'informativa operativa interna al contesto penitenziario per attenzionare la somministrazione di farmaci ad alto rischio di diversione (utilizzo di una prescrizione medica da persona diversa dal titolare) o ad alto rischio di misuse (utilizzo di un farmaco in modo, via di somministrazione o dosaggio diverso dalla

prescrizione).

Le indicazioni sono state condivise con i servizi sanitari e con l'amministrazione penitenziaria dell'Istituto penale oltre che con i servizi territoriali del Dipartimento di Salute Mentale e delle Dipendenze e i servizi ospedalieri di emergenza.

FARMACI GABAPENTINOIDI (pregabalin e gabapentin): in Italia sono registrati come anticonvulsivanti, autorizzati nel trattamento del Disturbo d'ansia generalizzato (GAD) e nel trattamento del dolore neuropatico periferico, ma vengono usati anche off-label per indicazioni neuropsichiatriche e nella clinica delle dipendenze, per problemi correlati al disturbo da uso di alcool e/o cocaina.

Negli ultimi anni si sono riscontrati casi di uso improprio, stimati nella popolazione del Regno Unito all'1% circa dei soggetti tra 16 e 59 anni che hanno risposto a questionario on line; si sono anche documentate "epidemie" di diversione nelle carceri della Florida (E. De Bernardis 2016).

Anche il sistema nazionale di allerta precoce EMCDDA SNAP ha segnalato negli ultimi anni in Europa, compresa l'Italia, aumento dell'uso ricreativo di pregabalin tra gruppi vulnerabili come gli adolescenti, gli immigrati nord africani o i consumatori di sostanze stupefacenti, con decessi in Inghilterra e in Scozia (EMCDDA SNAP 36/22) e un caso di intossicazione mista da cocaina e pregabalin in Italia (EMCDDA SNAP 15/24).

La letteratura scientifica disponibile, costituita soprattutto da case reports, documenta che gli episodi di abuso e dipendenza si sono verificati in soggetti con anamnesi di uso di sostanze psicoattive illegali che erano venuti a contatto per la prima volta con il gabapentin a seguito di prescrizione per dolore neuropatico o per problematiche alcool-correlate, arrivando ad usare da 3.6 a 7.2 grammi al giorno di gabapentin (dosi molto superiori a quelle terapeutiche prescritte).

Gli effetti desiderati erano di rilassamento ed euforia, ma si verificavano anche sedazione, affaticamento e confusione mentale fino al delirium (Ernesto de Bernardis 2 novembre 2016: <https://blog.sitd.it>).

LE BENZODIAZEPINE: Le Benzodiazepine (BDZ) sono utilizzate in un largo spettro di disturbi d'ansia.

Le BZD e le Z-Drug sono i farmaci che vengono prescritti più frequentemente per il trattamento dell'insonnia (Lieberman 2007).

Le BDZ si distinguono principalmente in base all'emivita:

- BEZODIAZEPINE a breve emivita < 24 ore (da evitare nei soggetti con anamnesi di abuso di sostanze o abuso alcolico): OXAZEPAM, ALPRAZOLAM, TRIAZOLAM
- BENZODIAZEPINE A MEDIA EMIVITA 24-48 ORE: LORAZEPAM, CLONAZEPAM, CLORDIAZEPOSSIDO

- BENZODIAZEPINE a lunga emivita > 48 ORE: DIAZEPAM, BROMAZEPAM, DELORAZEPAM

- LE NON BENZODIAZEPINE: zolpidem e zopiclone; hanno emivita breve e limitata durata d'azione. L'uso ricreazionale riportato nei diversi paesi riguarda BZD a breve emivita, in quanto capaci di indurre eccitamento quando sono assunte ad alte dosi (Manzato et al 2014), in particolare l'uso di BDZ ad emivita breve è associata ad un aumentato rischio di sviluppo di tolleranza e dipendenza ai dosaggi iniziali, con successiva necessità di incremento progressivo delle dosi. Clonazepam è un farmaco appartenente alla classe delle benzodiazepine a lunga durata d'azione, che viene usato per il trattamento sia delle crisi convulsive sia degli attacchi di panico (indicazioni principali).

Il trattamento prolungato o ad alta dose può condurre a disturbi reversibili quali disartria, ridotta coordinazione dei movimenti, atassia, nistagmo e diplopia.

L'esperienza clinica negli Istituti penitenziari, supportata dalle indicazioni del Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria, documenta problematiche cliniche e gestionali della prescrizione di clonazepam e gabapentinoidi, per cui in Regione Lombardia alcuni Istituti hanno già provveduto a rivedere le prescrizioni e aggiornare i prontuari farmaceutici in dotazione (Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria del Ministero della Giustizia, nota n.GDAP-0476766.U del 13/12/2022).

Viste queste premesse e a fronte della realtà locale della Casa Circondariale di Bergamo, Sanità Penitenziaria, SerD carcere e Servizio di Psichiatria (SPDC-1 e CPS Tito Livio) dell'ASST Papa Giovanni XXIII Bergamo hanno avviato varie azioni di revisione delle prescrizioni di farmaci specialistici, in particolare dei gabapentinoidi e clonazepam.

Indicazioni per la disintossicazione e management delle sindromi astinenziali

TABELLA 1 – Possibili sintomi astinenziali da sospensione dei GABAPENTINOIDI

Insonnia
cefalea
nausea
ansia
diarrea
Sindrome influenzale
nervosismo
Depressione
dolore
Convulsioni incluso stato epilettico e crisi convulsive di tipo grande male
iperidrosi
Capogiri/vertigini

TABELLA 2 – Possibili sintomi astinenziali da sospensione di CLONAZEPAM

cefalea
Vertigini
Tremori
Sudorazione
Allucinazioni
Confusione mentale, perdita della memoria a breve termine, disturbi della concentrazione
ansia
Depressione, pensieri suicidari
Attacchi di panico
convulsioni
Insonnia, incubi
Irritabilità, disturbi del comportamento, craving, rabbia e aggressività
Palpitazioni, alterazioni della frequenza cardiaca, aumento della pressione arteriosa
Dispnea
Offuscamento visivo
Crampi e dolori muscolari
Alterazioni motorie e disturbi della coordinazione, catatonìa
Epigastralgie, nausea/vomito, diarrea
Astenia

1) Tutti i pazienti in terapia con gabapentin/pregabalin e/o clonazepam effettuano visita medica con lo staff medico, congiuntamente o singolarmente per le parti di competenza, per concordare il piano terapeutico personalizzato. Contestualmente il medico valuterà anche la necessità di prescrizione di esami ematochimici di controllo.

2) Per tutti i pazienti che assumono gabapentin/pregabalin nell'ambito delle indicazioni specifiche di tali farmaci, verrà effettuato un consulto con lo specialista prescrittore, per valutare la possibilità di sostituirli con altre classi farmacologiche per la cura della patologia specifica. I gabapentinoidi verranno mantenuti solo in caso di parere specialistico negativo circa la loro sostituibilità. Nel caso il paziente sia in terapia con pregabalin e lo specialista esprima parere contrario alla sua sostituzione con altre classi farmacologiche, si valuterà la sua sostituzione con gabapentin che, seppure della stessa classe e a parità di efficacia clinica, sembrerebbe garantire un minor effetto euforizzante e verosimilmente un minor rischio di misuso/diversione.

3) Per tutti i soggetti con evidenza di misuso/diversione e/o indicazioni di modifica del piano terapeutico, si valuterà l'eventuale sostituzione dei gabapentinoidi, procedendo con la graduale sospensione dei farmaci, secondo lo schema internazionale seguente (WSCCG Medicines Management Team in collaboration with West Suffolk Integrated Pain Management Service Version 1 January 2019 Review January 2021):

- Gabapentin (dose giornaliera > 900 mg): ridurre la dose giornaliera di 300 mg ogni 10 giorni (range 7 - 14 giorni)

- Gabapentin (dose giornaliera <= 900 mg): ridurre la dose giornaliera di 100 mg ogni 10 giorni (range 7 - 14 giorni)
- Pregabalin: ridurre la dose giornaliera di 50-100 mg ogni 10 giorni (range 7 - 14 giorni) (NHS England recommendations 2014).

4) Per i nuovi giunti con pregabalin/gabapentin in terapia riferita (non documentata): somministrare benzodiazepine a lunga emivita ad alto-medio dosaggio: es. delorazepam 2 mg x3/die (oppure diazepam), con successiva riduzione del dosaggio. Eventuale somministrazione di acido valproico se la condizione di astinenza dovesse essere accompagnata ad instabilità del tono dell'umore e ad importante impulsività (dosaggio a partire da 300 o 500 mg/sera, sulla base dell' anamnesi epatologica (non somministrare se gravi alterazioni della funzionalità epato-pancreatica).

5) Per i nuovi giunti con documentato trattamento con pregabalin/gabapentin provenienti dalla libertà e/o da altri Istituti, si procede come ai punti 2 e 3.

6) Clonazepam: non deve essere interrotto improvvisamente per il rischio di convulsioni e coma.

Le strategie di disintossicazione da BZD sono suggerite da diversi trials e review e nella pratica clinica vengono suggeriti diversi interventi attuabili sia da soli che in associazione (E Manzato et al 2014):

- a) Riduzione graduale della dose di clonazepam o BZD a breve emivita, con riduzione del 5-10% ogni 1-2 settimane;
- b) Switch da clonazepam e/o BDZ a breve emivita a una dose equivalente di BZD a lunga emivita (es. diazepam). Seguirà successivamente la riduzione del dosaggio anche della BZD a lunga emivita.

In caso di inefficacia degli interventi ai punti a) e b) per comparsa di instabilità del tono dell'umore e/o importante impulsività, somministrare acido valproico (dosaggio a partire da 300 o 500 mg/sera, sulla base dell' anamnesi epatologica (non somministrare se gravi alterazioni della funzionalità epato-pancreatica).
c) Se necessario ulteriore trattamento sintomatico della sindrome di astinenza prescrivere antidolorifici e/o miorelassanti e/o farmaci antiipertensivi.

7) Tutti i pazienti devono essere monitorati sulla base di esigenze cliniche specifiche.

8) Valutare eventuale supporto psicologico, sia durante la fase di riduzione graduale del dosaggio dei farmaci

che nella fase post - cessazione per alcuni mesi (Lader 1990).

Monitoraggio

Visite periodiche dei pazienti identificati e che hanno accettato lo switch/riduzione del dosaggio dei farmaci gabapentinoidi e/o clonazepam.

Valutazione per eventuale necessità clinica di rallentamento delle fasi di switch e/o riduzione dei dosaggi dei farmaci indicati.

Valutazione per eventuale necessità clinica di ripristino del trattamento con gabapentinoidi e/o clonazepam.

TABELLA 3 – Indicatori di Monitoraggio

ELEMENTO DI VALUTAZIONE	N PAZIENTI	VALORE PERCENTUALE
Trattamento con gabapentinoidi		
Trattamento con clonazepam		
Accettazione dello switch /riduzione dosaggi dei gabapentinoidi		
Accettazione dello switch /riduzione dei dosaggi del clonazepam		
Rallentamento delle fasi di switch /riduzione per gabapentinoidi		
Rallentamento delle fasi di switch /riduzione del clonazepam		
Ripristino trattamento con gabapentinoidi		
Ripristino trattamento con clonazepam		

- 1) effettuazione di N° 4 incontri informativi rivolti ai detenuti a cura degli operatori sanitari congiuntamente con l'Amministrazione penitenziaria alla presenza del Direttore della Casa Circondariale;
 - 2) Identificazioni dei pazienti in trattamento con gabapentinoidi;
 - 3) Identificazione dei pazienti in trattamento con clonazepam;
 - 4) Implementazione delle indicazioni a partire dal mese di maggio 2024;
 - 5) Rilevazione al 30 agosto 2024.
- Tutti i pazienti hanno accettato lo switch/riduzione dosaggi degli psicofarmaci identificati.

Per peggioramento della sintomatologia astinenziale vi è stata la necessità di rallentamento delle fasi di switch/riduzione per alcuni pazienti e necessità di ripristino del trattamento con gabapentinoidi per due pazienti con dolore neuropatico periferico come illustrato nella tabella seguente

Conclusioni

Rimane considerazione condivisa dagli specialisti del settore di attenzionare il tentativo di misuso /diversione a scopo ricreativo parimenti con la valutazione del craving e con il monitoraggio dell'eventuale ricerca di

TABELLA 4 – Rilevazione 1 maggio - 30 agosto 2024

ELEMENTO DI VALUTAZIONE	N PAZIENTI	VALORE PERCENTUALE
Trattamento con <u>gabapentinoidi</u>	44	8%
Trattamento con <u>clonazepam</u>	91	16%
Accettazione dello <u>switch</u> /riduzione dosaggi dei <u>gabapentinoidi</u>	44	100% dei <u>sogg</u> in trattamento
Accettazione dello <u>switch</u> /riduzione dei dosaggi del <u>clonazepam</u>	91	100% dei <u>sogg</u> in trattamento
Rallentamento delle fasi di <u>switch</u> /riduzione per <u>gabapentinoidi</u>	8	18%
Rallentamento delle fasi di <u>switch</u> /riduzione del <u>clonazepam</u>	4	4%
Ripristino trattamento con <u>gabapentinoidi</u>	2 per dolore neuropatico periferico	5%
Ripristino trattamento con <u>clonazepam</u>	Nessuno	0%

automedicazione soprattutto da parte dei soggetti detenuti con dipendenze patologiche.

Questo al fine di garantire gli idonei interventi terapeutici e riabilitativi in collaborazione con l'amministrazione penitenziaria e in linea con le normative vigenti (DPCM gennaio 2017)

Bibliografia

1. Evoy KE et al. Abuse and misuse of Pregabalin and Gabapentin: a systematic Review update. *Drugs* (2021) 81: 125 – 156
2. Pregabalin and gabapentin: withdrawal summary guidance for NON-CANCER pain in adults in primary care. *Drugs* (2021) 81: 125 – 156
3. Ministero della Giustizia - Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria – Provveditorato Regionale per la Lombardia – Uff IV Detenuti e Trattamento – UO per la gestione dei detenuti Nota n. GDAP-0476866.U del 13/12/2022
4. Clonazepam Withdrawal Symptoms, Timeline & Detox Treatment. Edited by: Amanda Lautieri, B.A. american addiction center. Updated Jan 3, 2024
5. Benzodiazepine and Z-Drug safety Guideline. Kaiser foundation Health Plan of Washington. Jan 2022
6. Ashton HC 2002 Benzodiazepines how they work and how to withdraw www.benzo.org.uk
7. ASHTON HC 2005 the diagnosis and management of benzodiazepine dependence *Current Opinion in Psychiatry* 18: 249-255
8. E Manzato, F Lugoboni, C biasin, S rosa, G Cifelli, G Manzato, F Nava (Mission 42/2014)
9. Ernesto de Bernardis 2 novembre 2016: <https://blog.sitd.it>
10. (ISMP 2019)
11. EMCDDA SNAP 36/22 DEL 22/07/2022: rapporto N° 5 sullo stato di fatto delle NPS rilevate nel 2021 in Europa Aumento di sequestri delle forze dell'ordine e dell'utilizzo non medico di pregabalin
12. EMCDDA SNAP 15/24 DEL 18/03/2024 Allerta grado 2 intossicazione acute associate al consumo di NPS tra aprile 2023 e gennaio 2024
13. Mersfelder TL, Nicholas WH Gabapentin: abuse, dependence, and withdrawal *Annals of pharmacotherapy* 2016, 50, 229-233
14. Lieberman JA (2007) Update on the safety considerations in the management of insomnia with hypnotics: incorporating modified release formulation into primary care" *Primary care Companion of Journal of Clinical Psychiatry*, 9: 25-31
15. WSCCG Medicines Management Team in collaboration with West Suffolk Integrated Pain Management Service Version 1 January 2019 Review January 2021
16. NHS England recommendations 2014: Advice for prescribers on the risk of misuse of pregabalin and gabapentin Dec 2014
17. Lader MH 1990 Benzodiazepine withdrawal in Noyes R et al; *Handbook of anxiety* VOL 4 Elsevier Amsterdam 57-71
18. DPCM 12 gennaio 2017: Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui art 1, comma 7, del decreto Legislativo 1992 n N 502; art 28: Assistenza socio-sanitaria alle persone con dipendenze patologiche

2.2

SEZIONE FEMMINILE: UN'ESPERIENZA NEL CARCERE DI BANCALI

Locci D., Tanca R., Milia P.

*SerD Unità Operativa per i Disturbi da Gioco d'azzardo
Struttura Complessa Servizio Dipendenze Patologiche
DSMD – ASL1 Sassari - Italy*

Modulo esperienziale attivato all'interno del Progetto Carcere, gestito dal SerD di Sassari, in risposta alla necessità di attivazione di un gruppo psicoeducazionale nella sezione femminile della Casa Circondariale "Giovanni Bacchiddu" di Sassari.

Introduzione

Riportiamo di seguito un modulo esperienziale attivato all'interno del Progetto Carcere, gestito dal SerD di Sassari, in risposta alla necessità di attivazione di un gruppo psicoeducazionale nella sezione femminile della Casa Circondariale "Giovanni Bacchiddu" di Sassari, che vedeva la presenza di alcune detenute, autrici di reati legati alla tossicodipendenza.

In seguito al confronto con la Dirigenza dell'Istituto, l'Area Trattamentale e l'Area Sanitaria Penitenziaria locale, è emersa l'esigenza di un intervento innovativo che tenesse conto delle particolari criticità e bisogni specifici della detenzione femminile, facilitando la relazione del piccolo gruppo multi-etnico, in modo da ridurre il livello di aggressività, e favorire una convivenza più agevole.

Come infatti ben specifica Maria Laura Fadda (2009), Magistrato di Sorveglianza di Milano, "le donne, essendo normalmente già proiettate verso l'elaborazione psichica e lo spazio intimo... diventano prigioniere del loro mondo interiore e delle dinamiche laceranti e di regressione che rendono poi, come è noto agli operatori, spesso così difficile la vita della sezione."

È stata necessaria una fase propedeutica di scambio e confronto con l'équipe multidisciplinare e con le Agenti di Polizia Penitenziaria, responsabili della sicurezza della sezione, per favorire un coinvolgimento ed una comprensione attiva del percorso psicoeducazionale, e poter così superare alcune criticità legate all'introduzione di materiale nella sezione, e al timore di mettere a rischio gli indici di sicurezza durante un'attività non contemplata da quelle normalmente

inserite nelle procedure del regime detentivo.

Discussione

Il gruppo era composto da 12 detenute, di cui 6 con problematiche di dipendenza; 4 differenti gruppi etnici: Rom, Europa, Latino-america e Nigeria.

Le criticità evidenziate nella popolazione carceraria femminile riguardavano, per lo più, la concentrazione di disturbi mentali, con particolare riferimento ai disturbi dell'umore e di personalità, la frequenza di atti di autolesionismo e ideazione suicidaria, oltre a dinamiche relazionali caratterizzate da meccanismi di sopraffazione e intimidazione. Altre criticità emerse comprendevano la forte preoccupazione per i figli minori, col vissuto di una maternità frammentata e/o interrotta, e la poca consapevolezza della violenza di genere e dei vissuti di abuso, che sembravano correlare molto bene con aspetti più strettamente patologici e devianti.

Data la scarsa adesione alle precedenti attività di gruppo tradizionale, il team psicologico ha costruito una serie di attività, articolate in 8 incontri, basate su alcuni elementi fondanti dell'Analisi Bioenergetica e dell'Ecopsicologia, implicando un cambiamento del setting clinico e l'introduzione del movimento corporeo.

Una prima attività, denominata "rompi ghiaccio", si avvaleva della musica e del movimento nello spazio, ed è stata particolarmente utile per introdurre l'elemento 'gioco', riducendo così le tensioni e favorendo uno scambio non verbale che consentiva il superamento degli ostacoli linguistici.

Le detenute hanno avuto una parte attiva nella scelta dei brani musicali che facevano spesso riferimento alle loro radici culturali, stimolando la curiosità e ponendo le basi per una maggiore conoscenza reciproca ed uno scambio più sano.

Si è poi dato ampio spazio al 'Grounding', concetto introdotto da A. Lowen per indicare il radicamento, la 'messa a terra', e, al respiro consapevole, come facilitatori di autoconoscenza e stabilizzatori degli aspetti di crisi, permettendo, così, il passaggio successivo, di esplorazione della relazione e "dell'andare verso", oltre che dei movimenti aggressivi, normalmente presenti e repressi all'interno del gruppo.

Nel dettaglio, si è cercato di orientare le detenute, attraverso specifici esercizi di bioenergetica, ad una primissima esplorazione dell'aggressività, intesa come "energia costruttiva che promuove la comunicazione dei propri bisogni e come un'azione orientata verso l'esterno che ha una funzione di avanzamento che implica la capacità di esprimere i propri bisogni e desideri e di agire per il loro soddisfacimento" (A. Lowen 1994).

Conclusioni

Abbiamo osservato, in tal senso, che l'espressione di sé, favoriva, non solo, una maggiore comunicazione tra nuclei precedentemente isolati, ma anche lo sviluppo di un movimento empatico tra le donne e una maggiore vicinanza, agevolando l'espressione delle vulnerabilità specifiche della popolazione ristretta femminile.

A conclusione del lavoro, le detenute hanno riportato feedback positivi, esprimendo una riduzione della sofferenza psicologica e dei sintomi di stress normalmente legati alla detenzione.

Si è trattato di un seme, una sperimentazione, che l'équipe del SerD di Sassari ha voluto intraprendere nel tentativo di supportare le autrici di reato, e migliorare la qualità di vita e di relazione all'interno del carcere.

Bibliografia

- Fadda M.L. La detenzione femminile: questioni e prospettive. Persona & Danno. 2009
- Joanna M. & Brown M. Coming back to life. The updated guide to the work that reconnects. New Society Publishers. 2014
- Lowen A. Arrendersi al corpo. Astrolabio. 1994
- Lowen A. Il linguaggio del corpo. Feltrinelli. 1979

2.3

IL VIAGGIO DI TELEMACO

Labattaglia D., Carraro D.

*Cooperativa Sociale Il Punto - Biella - Italy
Centro avanzato di trattamento delle dipendenze
patologiche con modulo per giovani adulti e modulo
per giovani adulti autori di reato*

I soggetti con un Disturbo da Uso di Sostanze (DUS) sono spesso indotti dalla loro condizione patologica a compiere reati e ad intraprendere carriere socialmente devianti.

L'utilizzo e il consumo compulsivo della sostanza, infatti, rappresenta un importante fattore di rischio per la commissione di reati ("fattore criminogeno"), poiché il soggetto tossicodipendente è alla continua ricerca di disponibilità economica utile a procurare e utilizzare la sostanza. Ciò, inevitabilmente, conduce il soggetto a commettere una serie di reati caratterizzati da un'escalation deviante: spaccio, furti, estorsioni, rapine fino alla commissione di reati più gravi.

Per cui il consumo personale e l'attività illecita coincidono (De Cataldo, 1993).

Con la Legge del 22 dicembre 1975, n. 685, "Disciplina degli stupefacenti e sostanze psicotrope. Prevenzione, cura e riabilitazione dei relativi stati di tossicodipendenza", il legislatore tentò una rivoluzione nella percezione della figura del tossicodipendente come criminale "comune".

Il legislatore italiano fu il primo ad avere il coraggio di imboccare la strada suggerita dal dibattito sociologico sulla capacità dello strumento carcerario tradizionale - che in quegli anni si stava svolgendo in Europa e soprattutto negli Stati Uniti - per assicurare l'obiettivo finale del recupero sociale del detenuto. In particolare, la priorità della cura trovò attuazione con la Legge n. 297/1985, recante norme per l'erogazione di contributi finalizzati al sostegno delle attività di prevenzione e reinserimento dei tossicodipendenti. Nello specifico, la citata Legge consentiva al soggetto tossicodipendente o alcolodipendente di poter iniziare, o proseguire, un programma terapeutico, introducendo il diritto di poter richiedere l'affidamento in prova al servizio sociale con l'obbligo per l'organo dell'esecuzione, e cioè il Pubblico Ministero, di non emettere l'ordine di carcerazione in favore di un percorso di cura.

La tabella sottostante riporta il dato di applicazione inerente la popolazione dei soggetti tossicodipendenti

e/o alcolodipendenti attualmente in carico per misure alternative alla detenzione.

Tabella 1 – Tipologia di misura alternativa destinate a tossicodipendenti e alcolodipendenti

AFFIDAMENTO IN PROVA AL SERVIZIO SOCIALE			
Tipologia	Maschi	Femmine	Totale
Condannati dalla libertà	920	101	1.021
Condannati dalla detenzione	2.597	111	2.708
Condannati dalla detenzione domiciliare o arresti domiciliari	374	11	385
	3.891	223	4.114

Elaborazione del 16 Agosto 2024 su dati del sistema SIPE del 15 Agosto 2024

Rispetto al numero dei soggetti, 16.845, che al 31/12/2022 erano presenti nelle carceri italiane "certificati" come affetti da DUS, la tabella indica come coloro che beneficiano dell'affidamento in prova al servizio sociale siano circa il 25% dei soggetti.

L'interpretazione della tossicodipendenza come malattia da curare venne mantenuta nel D.P.R. n. 309/1990, Testo Unico delle leggi in materia di disciplina degli stupefacenti (Jervolino - Vassalli), in cui il legislatore dovette tenere conto degli allarmanti segnali derivanti dalle statistiche penitenziarie che indicavano un incremento quantitativo della popolazione detenuta tossicodipendente, a fronte di una sostanziale flessione del numero complessivo dei soggetti ristretti presenti nelle carceri italiane.

La scelta fu sul piano dell'esecuzione della pena il capo II del Titolo VIII, così come modificato dalla Legge n. 49/2006 e dai molteplici interventi successivi, che prevede misure atte a favorire un'ampia de-carcerizzazione dei tossicodipendenti sulla base della coincidenza, almeno ideale, del trattamento sanzionatorio con quello terapeutico.

Il perseguimento dell'obiettivo della coincidenza tra cura e sanzionamento, trova nella sua applicazione pratica, alcuni elementi di criticità che spesso ostacolano o vanificano gli obiettivi del legislatore.

Uno tra questi è l'identificazione di una precisa dominanza del disturbo di personalità del soggetto. Riconoscere e accertare elementi di dominanza relativi all'aspetto antisociale in un soggetto, su cui si innestano comportamenti anche di uso e/o abuso di sostanze, differenziandoli da un soggetto affetto da D.U.S. - che come conseguenza del proprio stato agisce comportamenti antisociali - dovrebbe essere il primo elemento di valutazione rispetto l'eleggibilità di un soggetto all'accesso delle misure alternative previste dalla normativa. Chi lavora nel settore delle Dipendenze Patologiche ben sa come la riuscita di un percorso di cura e riabilitazione sia determinato in maniera fondamentale dalla condizione psicopatologica del paziente trattato.

Non si vuole qui affermare che i soggetti con dominanza

di antisocialità non siano trattabili in percorsi di cura e riabilitazione, ma piuttosto che bisogna costruire percorsi specifici per i diversi ambiti e valutare con molta accuratezza il matching tra soggetto e struttura curante, ponendo accurata attenzione sulla fase di valutazione (assessment), svolta da figure di comprovata esperienza nella gestione degli strumenti diagnostici oggi disponibili sia in termini strumentali che clinici.

Un'altra questione su cui è fondamentale porre attenzione è la fascia di età dei soggetti tossicodipendenti e autori di reato.

Si è visto, infatti, che la fascia di età compresa fra i diciotto e i quarant'anni fornisce il più elevato contributo alla criminalità; in particolare, la tendenza al comportamento antisociale raggiunge il suo culmine fra i 18 e i 30 anni, declina lievemente fino a circa 40 anni, scende poi molto più rapidamente fin verso i 65 anni per diventare statisticamente assai esigua dopo quest'età (Ponti, Betsos, 2008).

Questi dati consentono di individuare nel soggetto giovane adulto (18-30 anni) una fascia di popolazione su cui porre attenzioni specifiche in merito al trattamento della tossicodipendenza e delle condotte devianti, al fine di ridurre il rischio di recidiva e lo sviluppo di vere e proprie carriere criminali.

In ambito normativo-giuridico, una tutela che sottolinea la specificità dei giovani adulti è rappresentata da alcune disposizioni legislative che coinvolgono tutto l'ordinamento penitenziario (D.P.R. 1989, n.248). La Legge 26, Luglio 1975, n.354 recante le "Norme sull'ordinamento penitenziario e sulla esecuzione delle misure privative e limitative della libertà" prevede il riconoscimento della figura del giovane adulto, il raggruppamento dei detenuti finalizzato all'evitamento di influenze nocive reciproche – soprattutto a danno dei più giovani – con la creazione di reparti penitenziari separati per giovani al di sotto dei venticinque anni.

L'obiettivo appare chiaro: tutelare i giovani adulti da continui contatti con soggetti caratterizzati da un importante spessore criminale, al fine di evitare una precoce identificazione con modelli di comportamento antisociale.

La transizione del giovane adulto verso l'età adulta è un momento delicato, poiché costituisce una fase di passaggio verso l'acquisizione di competenze e abilità volte a costruire un'identità personale e sociale che costituisce il proprio modo di essere e stare al mondo.

La ricerca di nuove esperienze, la maturità psicologica ancora non definita, la mancanza di modelli identitari sani, l'impulsività e l'incompleta acquisizione di competenze emotive e sociali possono indurre i giovani adulti ad adottare comportamenti a rischio, tra cui l'uso di sostanze psicoattive o l'incorrere in diverse situazioni di

rischio fino alla commissione di reati.

In questa fase così delicata, trovarsi in uno stato di privazione della libertà personale all'interno di un contesto carcerario, costituisce – così come già evidenziato precedentemente – un importante fattore di rischio per la costruzione e definizione della propria identità.

Pertanto, è fondamentale tenere conto delle esigenze evolutive dei giovani adulti ponendosi l'obiettivo di ridurre al minimo, se non addirittura evitare, la possibilità di venire in contatto con il sistema penale in una fase di crescita così delicata.

Tale obiettivo diventa ancora più importante se si tratta di soggetti tossicodipendenti, per i quali la priorità diventa la cura piuttosto che il sanzionamento.

Sulla base di quanto sopra descritto e sulla necessità di sviluppare specifici interventi, sia di prevenzione che di cura - in grado di rispondere in maniera efficace alle esigenze di questa specifica popolazione, è stato studiato ed introdotto, nell'ambito del progetto "il Viaggio di Telemaco" un modulo di trattamento specificamente destinato a tossicodipendenti giovani adulti, autori di reato.

Il progetto il "Viaggio di Telemaco" è il percorso trattamento specificamente indirizzato a soggetti affetti da D.U.S. attivo presso la Struttura Terapeutica Residenziale "L'Orizzonte" di Ivrea (TO) – gestita dalla Cooperativa Sociale Il Punto di Biella (BI), un'organizzazione che si occupa delle attività di cura e riabilitazione delle dipendenze nonché della promozione del benessere e sviluppo delle competenze sociali e relazionali.

La Struttura Terapeutica "L'Orizzonte" nasce nel 1992 per rispondere all'emergenza sociale riguardante il fenomeno della tossicodipendenza che in quegli anni iniziava ad interessare il territorio. Venticinque anni di consolidata esperienza professionale e di attenzione alle nuove esigenze che, man mano, si sono affermate nello scenario delle dipendenze patologiche e che hanno permesso il costante adeguamento del programma terapeutico e l'ampliamento dei servizi proposti.

Il progetto propone di offrire uno spazio né totalmente soggettivo né totalmente esterno, suscettibile al dispiegarsi in attività più o meno limitate, per allargarsi a campi sempre più numerosi. L'obiettivo per questi pazienti è quello di "rimettersi in movimento" perché solo rimettendosi in movimento sarà possibile incontrare una forma di godimento assai più ricca e gratificante rispetto a quelle sperimentate con l'uso delle sostanze. La possibilità di operare processi di cambiamento in soggetti caratterizzati dalla compresenza di DUS e Disturbo Antisociale ha implicato l'implementazione di una figura professionale in possesso delle duplici competenze (psicologia delle dipendenze patologiche e criminologia), in grado di predisporre interventi sincronici

sia sul Disturbo da Uso di Sostanze che sullo stile di vita deviante.

Dall'esperienza maturata nel corso del tempo con utenti che presentavano tali caratteristiche e attraverso il follow-up dei casi trattati, si è potuto osservare che esistevano numerose recidive nei comportamenti antisociali e nella reiterazione di reati, anche in soggetti per i quali la dipendenza dall'uso di sostanze era stata risolta. Pertanto si è valutato che intervenire sull'uso di sostanze - senza modificare lo stile di vita ed il comportamento antisociale - non fosse sufficiente a raggiungere gli obiettivi previsti dalla mission del progetto di trattamento.

All'interno della Struttura Terapeutica, con disponibilità di 23 posti, si accolgono uomini e donne, di età compresa tra i 18 e i 30 anni, con problemi di dipendenze patologiche anche in misura alternativa alla detenzione. Ciascun ospite, in seguito ad un'iniziale e accurata fase di Assessment e conseguente stesura di un Progetto Terapeutico Individualizzato, accede a diverse attività tra quelle proposte all'interno delle tre principali macroaree di intervento:

- 1) Area clinico-terapeutica: in cui sono previsti colloqui di sostegno psicologico individuali e gruppal; colloqui criminologici per una revisione critica del reato e prevenzione del rischio recidiva; psicoterapia ad indirizzo sistemico-relazionale; psicoterapia ad indirizzo cognitivo-comportamentale; gruppo di neurobiologia; gruppo di prevenzione delle ricadute; gruppi di social skill training;
- 2) Area educativo-riabilitativa: laboratori creativi che variano nel corso dell'anno;
- 3) Area socio-relazionale: percorsi di recupero o completamento scolastico; frequentazione di corsi professionalizzanti; attività sportive (es. climbing etc.); attività culturali (es. cineforum, mostre, teatri, cinema etc.)

Conclusione

La finalità del progetto va intesa non solo come finalizzata a rispondere alle esigenze evolutive del giovane adulto, fornendogli supporto nell'individuare e realizzare progetti di vita alternativi rispetto a quelli tossicomanici e delinquenti precedentemente intrapresi, ma come fattore protettivo rispetto al rafforzamento di un'identità deviante (Maggiolini, 2002) in un luogo protetto come quello delle Strutture Terapeutiche. Nell'attuazione di un così complesso intervento, ci aiutano e ci sono di supporto le mappe e le guide tracciate dalle conoscenze e dalle competenze sviluppate nel campo del trattamento delle Dipendenze Patologiche e degli studi sulla Devianza e Criminalità, in particolare dell'ultimo decennio.

A queste abbiamo affiancato le conoscenze fornite dalla

neurobiologia interpersonale di Daniel J. Siegel, le suggestioni del modello operativo come dell'integrazione funzionale di Giancarlo Zapparoli, il modello delle cure differenziate e a vari gradi di intensità proposto da Eric M. Plakun, gli studi sulle psicosi sintetiche condotti da Antonello Correale e Gilberto Di Petta.

Come ben sappiamo, però, mappe e guide non sono il territorio e, di conseguenza, il nostro è anche un viaggio di esplorazione, di conoscenza e di nuova esperienza che ci auguriamo possa essere condiviso con tutti i colleghi dei Servizi Pubblici e del Privato Sociale che con noi navigano questi mari.

2.4

L'ALTRA ADOLESCENZA: LA CURA DEI GIOVANI CONSUMATORI DI SOSTANZE PRESSO IL CENTRO GIUSTIZIA MINORILE DI BOLOGNA

**Celona D.^[1], Bracco L.^[1], Geromel M.^[1], Bassini M.^[1],
Grech M.^[2]**

^[1]AUSL Bologna / DSM-DP / SerDP Pepoli - Bologna

^[2]AUSL Bologna/DSM-DP/UOC Dipendenze
Patologiche - Bologna - Italy

Un affondo sul lavoro dell'équipe SerDP dal 2023 ad oggi all'interno del contesto detentivo per minori a Bologna.

Nella regione Emilia Romagna esiste un unico Centro di Giustizia Minorile, collocato a Bologna, che comprende l'Istituto Penitenziario, il Centro di Prima Accoglienza, la Comunità Pubblica e il Servizio Sociale Minorenni. L'Azienda USL di Bologna, che aveva già un precedente protocollo di collaborazione con i servizi della giustizia minorile, ha perfezionato la misura e il senso del proprio intervento sia per quanto riguarda i servizi di neuropsichiatria che il SerDP.

Quest'ultimo, in particolare, ha stipulato un accordo che prevede un monitoraggio specifico sull'uso di sostanze per tutti i minori o giovani adulti che entrano nel circuito residenziale della Giustizia Minorile.

Tale monitoraggio si attua attraverso un esame tossicologico delle urine eseguito a tutti i minori o giovani adulti che provengono dalla libertà, una consulenza tossicologica a tutti coloro che vengono trovati positivi alle sostanze, l'eventuale presa in carico da parte del SerDP o l'invio\segnalazione al SerDP di residenza. Il medico del SerDP si reca una volta alla settimana presso il Centro di Giustizia Minorile e, in accordo con il sanitario incaricato, gli psicologi della Neuropsichiatria e gli educatori del Ministero di Giustizia, visita i giovani, instaura eventuali terapie e partecipa alle équipe trattamentali.

La consulenza viene, in ogni caso, espletata per tutti i pazienti che presentano tracce di sostanze stupefacenti nelle urine e si avvale di una raccolta anamnestica, dell'esame tossicologico eseguito all'ingresso o in altro precedente Istituto penitenziario e/o Comunità, di pre-

gresse prese in carico da parte di un SerDP territoriale o di eventuali segnalazioni da altre agenzie della giustizia (USSM) o da servizi territoriali che si occupano di minori o altri luoghi di prevenzione.

La consulenza può avvenire in uno o più incontri, l'esito viene riportato nella cartella informatizzata. Se non vengono rilevati particolari fattori di rischio rispetto alle sostanze stupefacenti, al minore/giovane viene proposto un counselling specifico che si conclude senza una presa in carico.

Qualora, al contrario, si rilevasse un uso/abuso di sostanze rilevante, il minore/giovane viene preso in carico dal SerDP, viene impostata un'eventuale terapia farmacologica e controllato con regolarità, in collaborazione costante con il medico referente e il servizio di neuropsichiatria e/o psichiatria adulti.

Contemporaneamente vengono presi contatti con il SerDP di residenza sia per un eventuale invio al termine del percorso penale sia per una collaborazione nella definizione del percorso riabilitativo.

Qualora il minore/giovani venga trasferito in altra comunità, diversa dalla Comunità Pubblica, il medico del SerDP ed il personale educativo collaborano nella definizione del miglior percorso terapeutico, coinvolgendo anche il Servizio Tecnico del CGM e gli assistenti sociali dell'USSM.

Se il minore/giovane necessita di un trattamento sostitutivo, viene garantita la continuità terapeutica sia durante la permanenza che all'atto di un trasferimento in carcere o struttura comunitaria, attraverso le modalità operative consolidate nei SerDP (fax di trasferimento al SerDP in cui insiste la comunità terapeutica). Il SerDP di Bologna ha approntato una propria specifica cartella informatizzata denominata SISTER, per creare un archivio dedicato e rispondere al debito informativo regionale ministeriale.

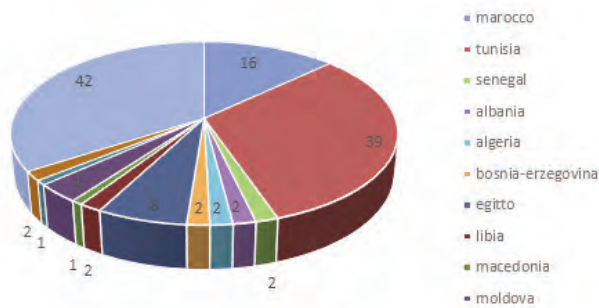
Il medico del SerDP partecipa alle équipe trattamentali, qualora si discuta di pazienti in carico, e alle attività di prevenzioni e di miglioramento dello stile di vita, anche attraverso altre figure professionali.

Per i minori/giovani collocati presso la Comunità Pubblica, su richiesta della Direzione, ai fini del monitoraggio, possono essere effettuati test tossicologici per verificare l'eventuale assunzione di sostanze stupefacenti, tramite l'invio al Presidio SerDP. L'esito dei test viene trasmesso alla Direzione della Comunità Pubblica.

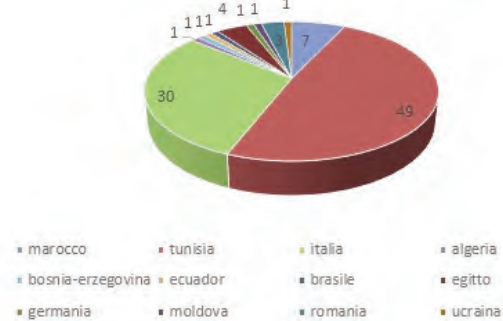
Dal 2021 l'intervento del SerDP è stato potenziato con l'instaurazione di una mini équipe stabile composta fino alla seconda metà del 2023 da medico e assistente sociale, poi implementata con educatrice professionale ed infermiere.

Nella maggioranza dei casi, i giovani presentano una

Tab.1 Nazionalità utenti 2023



Tab.2 Nazionalità utenti 2024



positività all'uso di cannabinoidi che generalmente non sembra rivestire particolare significato clinico; in altri casi, al contrario, si può diagnosticare un uso\abuso di sostanze fino a configurarne una vera e propria dipendenza. Poco oggettivabile dalle indagini laboratoristiche ma in crescente aumento è l'uso di farmaci a scopo tossicofilico (lyrica, rivotril).

Nel 2023 ci sono stati 2 pazienti eroinomani in carico con terapia sostitutiva, entrambi stranieri e maggiorenni. Nel 2024 ad oggi un solo detenuto ha usufruito di terapia sostitutiva, anche lui straniero e maggiorenne. Nel 2023 sono stati visti in consulenza 123 giovani con abuso di sostanze, di cui 81 stranieri (tab.1), 64 minorenni. Dall'inizio del 2024 ad oggi, sono stati monitorati 100 giovani con abuso di sostanze, di cui 70 stranieri (tab.2); 45 maggiorenne e 55 minorenni.

Come si può vedere, l'area del Magreb è la più rappresentata e gli italiani rappresentano una minoranza fra gli ospiti del Centro di Giustizia Minorile di Bologna. Come negli altri istituti minorili del Nord Italia, verifichiamo dunque come la maggior parte dei minori ristretti o comunque sottoposti a vincoli giudiziari residenziali sono di nazionalità straniera, spesso senza fissa dimora o presenti sul territorio come minori non accompagnati. Questo dato incide profondamente sulla possibilità di applicare tutte le possibilità riabilitative che la giustizia minorile offre, come la messa alla prova o altri dispositivi similari.

Anche se i numeri presi in esame sono bassi, offrono sicuramente uno spaccato dell'altra faccia dell'adolescenza, quella che commette reati e che entra nel circuito della giustizia minorile. La maggior parte dei reati commessi appartengono all'area della detenzione e spaccio di sostanze stupefacenti e del furto. Il sistema della giustizia minorile in Italia tende ad un ricorso minimo alla detenzione per favorire istanze pedagogiche con scopi riabilitativi. Tutto questo è previsto attraverso il sostegno alla famiglia, il mantenimento delle relazioni preesistenti, la frequenza scolastica e quant'altro. Purtroppo, tutto questo non si dimostra adeguato nei confronti di quei giovani stranieri che affollano le

nostre carceri minorili, che non hanno quasi mai un reale supporto familiare, sono minori non accompagnati o con alle spalle già esperienze di vita da strada. Nei loro confronti occorre inventare e costruire nuove modalità di approccio e di relazione, tenendo soprattutto conto che, spesso, l'uso di sostanze (e il loro spaccio) può avere molte valenze: l'integrazione e l'omologazione con i giovani italiani; il senso della trasgressione adolescenziale; un vero e proprio sostentamento di tipo economico.

Se la diminuzione dei reati fra i giovani italiani rappresenta un obiettivo nei confronti dei quali possiamo avere qualche strumento utilizzabile, riuscire a prevenire e intercettare il disagio di questi giovani adolescenti migranti è sicuramente la sfida più difficile.

Area tematica 3

DISTURBO DA USO DI ALCOL, COMORBIDITÀ, TRATTAMENTO E RIDUZIONE DEL DANNO

3.1

LE RECIDIVE IN CORSO DI DISTURBI ALCOOL CORRELATI DI TIPO CRONICO: UNO SGUARDO PSICODINAMICO ALL'INQUADRAMENTO E ALLA CURA

Nieddu G.^[1], Foddai M.S.^[2], Milia P.^[2]

^[1]SSD Alcolologia, DSMD ASL-Sassari - Sassari - Italy,

^[2]Sc SERD, DSMD, ASL Sassari - Sassari - Italy

Il presente lavoro, ancora in fieri, ha lo scopo di riflettere su come implementare la consapevolezza dei pazienti alcolisti all'interno del percorso di cura, al fine di ridurre il numero di recidive e il periodo di presa in carico con conseguente miglioramento della qualità di vita dei pazienti e con una riduzione dei costi a livello sanitario.

Introduzione

Il Manuale diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali (DSM-V-Tr), definisce il disturbo da uso di alcool, come una malattia cronica, recidivante e potenzialmente mortale che si caratterizza per l'incapacità, da parte del bevitore, di astenersi, interrompere o controllare il consumo di alcolici con conseguenze negative a livello sociale, professionale e/o sanitarie. L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) considera il consumo di alcool, il fumo di sigaretta e delle altre sostanze d'abuso illegali (quali eroina, cocaina, amfetamina etc.) tra i principali fattori di rischio per la salute pubblica. Il disturbo da uso di alcool è considerato un disturbo cerebrale capace di determinare dei cambiamenti strutturali a carico del SNC; diversi A.A. identificano proprio in tali cambiamenti le cause principali che determinano il perpetuarsi del disturbo stesso andando ad incrementare la vulnerabilità ed il numero delle recidive.

Obiettivi e Metodi

Obiettivo del presente lavoro è quello di cercare di ridurre il numero di recidive a cui vanno incontro i pazienti alcolisti nel lungo termine aumentando il loro grado di consapevolezza, rispetto all'identificazione e la successiva correzione delle dinamiche relazioni interne, con una più rapida identificazione dei principali meccanismi di difesa, messi in campo dagli stessi, all'interno del percorso di cura. Lo scopo principale è quello di ridurre il periodo di presa in carico all'interno del Servizio nonché il miglioramento finale della qualità di vita del paziente e la riduzione dei costi a livello Sanitario. Attualmente lo studio è in una fase iniziale. L'osservazione e la valutazione clinica sono state portate avanti su un campione di 10 utenti afferenti alla SSD di Alcolologia della ASL di SS che si sono ripresentati al Servizio a distanza di cinque anni dalla dimissione. Per tutti gli utenti è emerso un pregresso trattamento esclusivamente di tipo farmacologico. I pazienti sono stati valutati mediante colloqui clinici semi-strutturati e avviati ad un percorso psicoterapico ad orientamento dinamico. Come già detto precedentemente, il percorso è tutt'ora in fieri e i risultati saranno da verificare in periodo medio lungo.

Discussione

Numerose ricerche scientifiche confermano la presenza di traumi relazionali infantili nei soggetti che sviluppano una qualche forma di dipendenza patologica, tra cui l'uso di alcool.

In questo senso, la visione psicodinamica suggerisce che la dipendenza sia strettamente correlata ad un disturbo della regolazione di Sé, legato a pregresse esperienze traumatiche infantili, quali la trascuratezza emotiva, l'abuso fisico, sessuale e/o psicologico, le cui componenti emotive risultano escluse dal normale flusso di coscienza e depositate in un sistema di memoria traumatica implicita. Di fronte al riemergere di quei vissuti emotivi, incarnati nella memoria corporea e non totalmente coscienti, il soggetto può cercare di contrastarli, utilizzando quale meccanismo di difesa prevalente la dissociazione, separandosi dal resto della coscienza ordinaria, per mezzo di un oggetto-sostanza come accade nell'uso reiterato di alcool.

L'utilizzo dell'alcool sembra rappresentare un tentativo disfunzionale, da parte dell'Io cosciente, di contrastare l'emergere incontrollato di emozioni profonde e destabilizzanti che arrivano come un "flusso inondante la coscienza" da parte dell'inconscio, senza che vi sia un reale asse comunicativo capace di arrivare ad un buon grado di consapevolezza.

Tali emozioni, in quanto totalmente in ombra rispetto alla coscienza stessa, agiscono l'individuo sovrastandolo

totalmente. Cercando, il paziente alcolista, di mantenere quei sentimenti ritenuti inaccettabili al di fuori della consapevolezza apre la strada allo sviluppo di un "falso sé" che poi sta alla base della comparsa delle recidive.

Conclusioni

Un approccio integrato che preveda, oltreché un'adeguata terapia farmacologica, uno spazio terapeutico dove poter entrare in contatto con aspetti interiori precedentemente resi inaccessibili alla coscienza e ove poter individuare modalità alternative di gestione delle emozioni difficili, sembra rappresentare un possibile strumento di successo nella prevenzione delle recidive in soggetti con disturbi alcool correlati.

3.2

IN ALCOLOGIA È POSSIBILE PENSARE IN TERMINI DI GENERE?

**Calviani L.^[1], Pananti B.^[2], Maggiorelli L.^[2],
Iozzi A.^[3]**

^[1] *SerD UFS Firenze 1 AUSL CC - Firenze - Italy,*

^[2] *Associazione Progetto Arcobaleno Firenze - Italy,*

^[3] *Direttore UFC SerD Firenze 1 AUSL TC - Firenze - Italy*

L'esperienza del progetto intensivo e breve della UFS SERD Firenze 1 in collaborazione con Ente Ausiliario Associazione Progetto Arcobaleno-Firenze ci ha confermato che non solo è possibile valutare e definire programmi tenendo conto delle differenze di genere, ma anzi, è necessario per la diagnosi e la definizione dei programmi riabilitativi

Tradizionalmente si è sempre parlato di differenza di genere in ambito alcologico, in particolar modo facendo riferimento all'epidemiologia, ai danni alcol correlati, alle modalità di accesso ai servizi. Seppur tali differenze siano a tutt'oggi confermate, ci siamo chiesti se non fosse possibile ampliare l'osservazione e tracciare delle vere e proprie specificità così come, sempre più frequentemente, la medicina di genere invita a fare in ogni ambito specialistico. Peraltro l'esperienza del modello di progetto intensivo e breve del Centro Alcologico "La Fortezza" a Firenze in collaborazione con ente ausiliario Progetto Arcobaleno, rivolto a pazienti affetti da Disturbo Da uso di Alcol (DUA) per motivi logistici e organizzativi ha previsto, sin dall'inizio una distinzione della fase residenziale secondo il genere. Il progetto, che ha preso avvio nel 2015, prevede una fase semiresidenziale di Centro Diurno della durata di 1 mese a cui segue una fase residenziale della durata di 4 mesi. Il programma residenziale suddiviso per genere ci ha permesso di osservare l'andamento dei programmi e gli esiti e ci ha suggerito che sì, esiste una specificità di genere anche in ambito alcologico per quanto riguarda l'assessment, il decorso e le strategie terapeutiche e che anzi, ignorarla, significa correre il rischio di non utilizzare strumenti e risorse opportune ai fini dell'appropriatezza di cura. Senza la pretesa di una vera e propria trattazione proveremo ad indicare in maniera grossolana le impressioni che sono derivate dall'esperienza sul campo, partendo da quelle che sono le aree interessate nell'assessment e suggerendo alcune specificità di indirizzo terapeutico. Ovviamente la suddivisione sia delle

valutazioni che delle attività terapeutiche non è mai così netta. A seconda della tipologia delle/dei pazienti valutiamo di volta in volta come e quali utilizzare, ma nel corso di questi anni di esperienza abbiamo notato come delle costanti che si ripetono e che ci hanno invitato a riflettere sul fatto che spesso ad alcune attività rispondono meglio le donne e ad altre gli uomini.

Comorbidità internistica e neurologica: noto da tempo il cosiddetto effetto telescopico. Cioè il fenomeno per cui la donna, pur iniziando a bere più tardi, manifesta complicanze organiche molto più velocemente dell'uomo. Purtroppo sappiamo anche che pur essendo decisamente migliorato l'accesso ai servizi (ad oggi le donne affette da Disturbo da Uso di Alcol accedono in misura maggiore e più precocemente ai servizi specialistici rispetto a qualche anno fa), ancora l'effetto dello stigma sociale gioca un ruolo importante nel ritardare una presa in cura che richieda un impegno in termini di tempo, di allontanamento da casa, dai doveri sociali e familiari. A questo si accompagna la vergogna di una diagnosi di una patologia organica alcol correlata che è quella di chi "se l'è cercata", e pertanto evitabile. È importante sottolineare che, mentre per gli uomini alcolodipendenti la mortalità è 3 volte superiore rispetto alla popolazione generale, per le donne alcolodipendenti è 5 volte superiore.

Concomitante DISTURBO DA USO DI SOSTANZE: i numeri da sempre ci dicono che negli uomini è più frequente il consumo misto di alcol e di altre sostanze mentre nelle donne questo aspetto sarebbe meno presente. Questo non è del tutto vero se si prende in considerazione l'uso di psicofarmaci e in particolare le benzodiazepine. A questo infatti si collega un fenomeno che si osserva prevalentemente nelle donne: prima di accedere ai servizi specialistici, frequentemente hanno già "peregrinato" per anni tra Medici di Medicina Generale e specialisti privati collezionando una serie di prescrizioni, perlopiù benzodiazepine, delle quali viene fatto molto spesso un utilizzo incongruo e che negli anni diventa abuso/dipendenza nel tentativo di sedare i sintomi ansiosi amplificati dal consumo incongruo di alcol.

Questo aspetto viene confermato dalle osservazioni della medicina di genere in ambito di salute mentale; l'Organizzazione mondiale della sanità corrobora l'ipotesi suggerendo che "l'appartenenza al genere femminile è il predittore principale nella prescrizione di psicofarmaci". Altri studi fanno presente che il numero di pazienti donne che escono da una visita medica con la prescrizione di uno psicofarmaco è nettamente superiore rispetto agli uomini.

Profilo motivazionale: rifacendoci al modello delle fasi di Prochaska e Di Clemente, abbiamo osservato delle differenze: le donne subiscono positivamente l'influen-

za di altre donne che hanno vissuto prima di loro l'esperienza del recupero, anche attraverso la comunità. In loro infatti prevale il senso della cooperazione, della collaborazione (a Firenze da pochi anni si è formato un gruppo Alcoliste Anonime di sole donne, in Italia uno dei pochissimi). In genere agiscono con meno fretta ma più precisione nel raggiungere l'obiettivo. Gli uomini avvertono in minor misura questo bisogno di condivisione, decidono ed agiscono più in solitaria e soprattutto in fretta. Quando sono nella fase di determinazione è necessario proporre velocemente un progetto.

Condizione socioeconomica: Anche se negli ultimi decenni le differenze sono in tal senso diminuite, ancora oggi si osserva che le donne alcoliste, soprattutto quando ci sono figli minori, spesso dipendono da qualcun altro per il proprio sostentamento e di quello dei figli (marito, padre ecc). Quando succede questa è una situazione che espone ad una subalternità che influisce sul recupero della donna, anche perché questo si accompagna ad una difficoltà ad esprimersi magari in altro, come passioni o desideri, che siano al di fuori della famiglia. Per gli uomini, invece, lo stereotipo attuale li vuole come coloro che si occupano del benessere e dei bisogni economici della famiglia, con maggior spinta all'autodeterminazione e all'indipendenza. Se ciò viene a mancare per qualsiasi motivo o fragilità, questo espone alla frustrazione e alla scarsa autostima. Così come le donne, quando accedono alla richiesta di aiuto, esprimono il disagio e malessere soprattutto per quanto riguarda l'aspetto relazionale, gli uomini lo esprimono riguardo alla propria identità lavorativa, che anche se presente, spesso non è abbastanza soddisfacente o comunque, a causa dell'alcol, ha perso il riconoscimento di un tempo.

Tipologia di craving: a tutte/i le/i pazienti viene somministrato all'ingresso il CBQ (craving behavioral questionnaire) e la differenza è piuttosto netta: nelle donne il punteggio più elevato lo si osserva per la tipologia "Relief", mentre per gli uomini in quella "Reward" e "Obsessive". Questo è legato quindi anche ad una diversa etiologia e ad una diversa modalità di consumo. Comorbilità psichiatrica e profilo psicologico: nell'uomo il DUA è più spesso associato anche a Disturbo da Uso di Sostanze (DUS) e al Disturbo di Personalità Antisociale. Nella donna si ha maggiore probabilità di avere una Depressione primaria. Sono più frequenti anche Disturbi d'Ansia e del comportamento alimentare. Ci è sembrato di osservare che spesso negli uomini la depressione non venga adeguatamente riconosciuta in quanto i sintomi stessi sono espressi con difficoltà. È meno socialmente accettabile per gli uomini provare ed

esprimere tristezza. Così i sintomi nel genere maschile sono più "esplosivi" (S. Neonato): lavora ossessivamente, cambia spesso partner sessuali, consuma più sostanze, beve alcol per disinibirsi. La sensazione di inadeguatezza si trasforma in irritazione e spesso aggressività e violenza. Le donne sebbene abbiano maggiore capacità di esprimere i propri stati emotivi, e dispongano di un linguaggio più ricco per rappresentare i propri stati interni, diversamente dagli uomini tendono ad annichilirsi, ad implodere, e appunto ad usare benzodiazepine ed alcol per spengersi. Dunque anche la depressione femminile può passare inosservata o sottovalutata proprio perché non fa rumore. Nei gruppi terapeutici gli uomini fanno molta difficoltà a parlare dei propri stati emotivi e devono essere "accompagnati" nell'espressione di essi. Le donne, al contrario non hanno difficoltà a parlare del proprio mondo emotivo. Ma il passaggio che abbiamo imparato a fare e a proporre alle donne è quello di mettere in relazione il vissuto interiore con aspetti psicosociali. Diceva il Prof Eugenio Torre che la maggior parte delle depressioni femminili è di tipo medio-lieve e questa precisazione ha particolare importanza ai fini di eventuali trattamenti farmacologici. Le donne sono più a rischio di depressione se hanno bassa istruzione, ma la combinazione di moglie, madre e bassa istruzione è la più deleteria per la loro salute mentale (Romito P). Almeno 2 studi nel 1983 e nel 1994 hanno messo in evidenza come le donne sperimentino un numero maggiore di eventi indesiderati e minacciosi rispetto agli uomini o diano un maggior significato distruttivo all'evento dopo averlo sperimentato e questo potrebbe spiegare la loro maggiore vulnerabilità ad uno stato depressivo. Paykel nel 1994 mette in evidenza come il contesto familiare e culturale, con la specifica struttura dei ruoli sociali e le aspettative correlate, può influenzare il numero di life events ed il rischio di malessere psichico associato (E. Reale) Mentre per gli uomini l'alcol è riportato come causa di separazione e divorzio nell'80% dei casi, lo è solo nel 27% delle donne (R. Travaglini). Quindi le donne che abusano di alcol hanno una minore propensione alla separazione (e così evidentemente anche i loro partner) pur soffrendo di maggiori problematiche relazionali nella vita coniugale. La depressione da "nido vuoto" della casalinga in climaterio è uno stereotipo ormai antiquato.

Nelle fasi semiresidenziale e residenziali del progetto quindi notiamo come per gli uomini sia fondamentale imparare ad alfabetizzare il mondo emotivo, far diventare la comunità un luogo dove fare palestra per imparare a riconoscere, capire e gestire le proprie emozioni. Vengono sostenuti nel fronteggiare la frattura dell'immagine sociale che gioca un ruolo centrale. Per le donne è importante fornire strumenti di analisi e controllo

sulla propria vita per fronteggiare la sensazione di essere prive di potere e di controllo. Nei gruppi terapeutici femminili emerge spesso quanto sia gravoso e pesante il “dover fare” e il “dover essere” rispetto alle aspettative/ricieste da parte degli altri. Inevitabili dunque le ansie, lo stress per il senso di impotenza e di inadeguatezza. A maggior ragione se appesantito dallo stigma dell’essere alcolista.

L’ESPERIENZA DEL TRAUMA E DELLA VIOLENZA Questo è un aspetto che differenzia molto gli uomini dalle donne. Sappiamo che le esperienze traumatiche sono più frequenti nelle donne e per questo è necessario adottare degli accorgimenti terapeutici che tengano conto di questo anche quando l’evento traumatico non è mai stato espresso. L’esperienza del trauma colpisce soprattutto la zona sottocorticale mentre le zone corticali, in particolare la corteccia frontale e prefrontale sono inibite, ipometaboliche. L’esperienza traumatica si lega al corpo, alle percezioni somatiche. Tutte le immagini dell’esperienza vengono registrate nell’emisfero destro mentre quello di sinistra viene silenziato. Gli studi ci dicono che c’è addirittura una inibizione dell’area di Broca. La strada del trauma (e anche del DUA o DUS) è la cosiddetta via “bottom up” perché il materiale traumatico è disgregato e confuso. Gli interventi terapeutici privilegiati in questo caso sono anch’essi “bottom-up”: quindi prevalentemente non verbali, corporei, che utilizzano immagini, suggestioni, simboli, insomma canali di intervento non corticali (S. Vanini).

Anche per la violenza che quasi sempre è presente nell’anamnesi di pazienti alcolisti/e esiste una notevole differenza di genere. Nel caso delle donne spesso è subita, nel caso degli uomini spesso è agita. E, mentre con le donne è opportuno istruirle ed esercitarle nel riconoscerla anche nelle forme più sottili (come quella economica per esempio) ed è importante sostenerle nella consapevolezza e nelle decisioni successive, per gli uomini è necessario un lavoro che abbia a che vedere con il riconoscimento della rabbia, con il senso del possesso, il terrore della paura. La rabbia e l’aggressività sono le emozioni principali che sentono di avere diritto di provare. Forse la rabbia è proprio il sentimento “coperto” dietro il quale è possibile nascondersi e non entrare in contatto con il mondo emotivo. Di fatto spesso gli uomini scambiano spesso tutta una serie di emozioni di diversa natura (frustrazione, senso di impotenza, paura, dolore, senso di ingiustizia) per rabbia. Come un imbutto, in cui entrano tanti sentimenti dalla parte grande e da cui esce solo rabbia (A. Pauncz).

Non è un caso che l’alessitimia abbia una maggiore incidenza tra gli uomini, vuoi per cause genetiche, strutturali, vuoi per l’influenza dell’ambiente e di comporta-

menti appresi. Gli uomini affetti da DUA con più elevata alessitimia manifestano craving urgente, pensieri ossessivi sull’alcol con conseguenti consumi ossessivi e compulsivi. Gli studi dicono che quando si attivano le parti linguistiche si inibiscono quelle più profonde ed impulsive (S. Canali). La scrittura/lettura produce un miglioramento dell’autocontrollo e dell’impulsività. Durante il percorso residenziale l’attività terapeutica che in tal senso ci è sembrata indicata è quella dell’autobiografia o narrazione retrospettiva di sé che è una modalità di narrazione e cura in cui scrittore e protagonista coincidono. Ascoltare la propria storia dentro di sé nel proprio dialogo interno è un passo necessario, come vedersi in uno specchio, per riconoscersi e dare corpo, come in un’armonia musicale, alle tante note presenti nel proprio Sé (D. Demetrio). I pazienti vengono dunque invitati alla scrittura e alla rilettura con il terapeuta. I fatti vengono descritti contestualizzati e “scaldati” dalle emozioni a cui viene dato un nome e risignificate. Le emozioni negative trovano uno spazio ed un contenimento.

RELAZIONE CON IL CORPO: Nei/nelle pazienti con DUA o DUS il rapporto con il corpo è completamente alterato. Il corpo e il contatto di esso con sostanze chimiche viene utilizzato, in genere per anni, per modulare le sensopercezioni, inizialmente in senso positivo e successivamente per sedare tutte quelle negative che con l’uso continuativo sono sempre più presenti. Mero strumento, dunque, inizialmente di piacere e poi di malessere e disagio che, diventando un corpo scollegato da percezioni esterne e interne è anche incapace di avvertire il limite. È per questo che nel progetto riabilitativo è stata inserita l’attività dello Yoga. Van Der Kolk sostiene che se non si è consapevoli dei bisogni del corpo, non si può prendersene cura. Se non si sente la fame, non ci si può nutrire, se si scambia l’ansia per fame si può mangiare troppo; e che se non ci si sente sazi, si continua a mangiare. I/le pazienti con DUA e in generale di dipendenza hanno bisogno di imparare che possono tollerare le loro sensazioni, di farsi amiche le esperienze interne e di esercitare nuovi modelli di azione. Nello yoga, dunque, si impara che le sensazioni aumentano, fino a raggiungere un picco, e poi decrescono: come succede per il craving. Si impara a percepire il limite e a rispettarlo. Il corpo istruirà la mente su questo e renderà l’esperienza rassicurante (B. Van Der Kolk). È noto come per le donne in particolare il rapporto con il corpo e le sensazioni somatiche rappresentino uno degli aspetti che determinano il benessere e come il corpo stesso rappresenti l’espressione e comunicazione di contenuti psichici. Gli stati emotivi stessi sono impressi nel profilo chimico del corpo. Questo sia per-

ché secondo alcuni studi la rappresentazione del corpo fisico nel cervello femminile è maggiore sia perché le donne, che per natura sono maggiormente in relazione con l'esterno, lo sono anche con se stesse e con le parti più profonde. Le donne accedono allo yoga sin da subito con consapevolezza e desiderio di mettersi alle prova. Sembra quasi che vivano tale attività come metodo naturale per riallineare corpo e mente. Non necessitano di troppe parole e spiegazioni perché le immagini e il significato dei movimenti e del collegamento con il respiro ha una via di accesso preferenziale all'emisfero destro. Gli uomini invece accedono allo yoga con maggiore difficoltà, sono reticenti, più rigidi. Soffrono maggiormente i limiti fisici imposti talvolta dall'età e talvolta dalle condizioni fisiche compromesse. È necessario che l'operatore utilizzi molto il linguaggio per contestualizzare i movimenti e il loro significato. Solo dopo quindi un passaggio attraverso lo strumento della logica e della razionalità si ottiene una maggiore disponibilità e comprensione del significato dell'attività. Per gli uomini si tende anche ad associare una attività fisica "mirata" come per esempio i lavori di costruzione, manutenzione del giardino e dell'orto con un maggior impegno muscolare, relativamente alle capacità di ognuno, e con la realizzazione mirata di un obiettivo concreto.

RETE DI SUPPORTO: Il progetto intensivo breve prevede una attenta valutazione della rete relazionale attraverso una mappatura. Dice Nancy Chodorow, psicanalista e sociologa, che l'identità femminile diverrebbe inscindibile dalla relazione, l'identità maschile si strutturerebbe sulla capacità di prescindere da essa. Per gli uomini la ricostruzione di relazioni "sane" e funzionali rappresenta il punto di partenza e l'aggancio ai gruppi territoriali di auto-aiuto come Alcolisti Anonimi o Club territoriali, a seconda delle caratteristiche della persona. L'appuntamento settimanale, assieme al lavoro, costituisce una strutturazione di base per il mantenimento di uno stile di vita sobrio. I gruppi di auto-aiuto territoriali rappresentano un importante punto di riferimento per entrambi i generi. Proprio per la sua strutturazione, la comunità maschile consente agli uomini che hanno terminato il programma di rimanere collegati al luogo e agli operatori offrendo la possibilità di rientrare comunità nei fine settimana o durante le festività. A questa proposta molti dei pazienti aderiscono: rimangono collegati non tanto fra di loro ma ad un luogo al quale viene attribuito il significato di cambiamento e rinascita. Per quanto riguarda le donne, la loro tendenza alla relazione, a cercare l'intimità (P. Leonardi), ad esprimere emozioni e sentimenti rappresenta fonte di serenità e stabilità se le relazioni sono sane, ma fonte di profon-

da sofferenza se disfunzionali. Ricordiamo che esiste un forte modello culturale e sociale per cui sono le donne ad essere responsabili del benessere emotivo della famiglia e devono in qualche modo "curare" questo ambito. A tutt'oggi per le donne che abbiamo osservato le relazioni centrali sono quelle con i familiari, in particolare con mariti o compagni o figli, o anche genitori. Per questo durante il percorso residenziale sono stati inseriti gruppi multifamiliari, dove le pazienti e le rispettive famiglie si confrontano fra loro. Il malessere psichico delle donne ha già dentro di sé un dissenso, anche se implicito, nei confronti di ruoli e situazioni insostenibili. L'intervento terapeutico dunque è mirato a rendere esplicito il dissenso, favorendo bisogni e desideri anche quelli più semplici, più silenziosi e pertanto facilmente sopprimibili e favorendone l'esplicitazione e la circolarità all'interno del gruppo stesso (P. Leonardi).

Successivamente oltre che l'invio ai gruppi territoriali sono previsti anche periodici incontri tra tutte le donne che hanno fatto esperienza del percorso residenziale. Rappresentano momenti di condivisione importante durante i quali le donne si confrontano sulle difficoltà del percorso, sugli obiettivi raggiunti. Insieme con altre con cui si condividono le esperienze e la fatica è possibile sentirsi incoraggiate a sperimentarsi senza la stappella della sostanza, a valorizzare e a dare spazio al sé "sano", a combattere lo stigma e il senso di vergogna. Le donne rimangono collegate non tanto al luogo ma fra di loro.

Per una semplice ma efficace sintesi finale ci piace citare Julio Velasco, CT della Nazionale Pallavolo, reduce dai recenti grandi successi olimpici il quale in un'intervista ha raccontato che quando si apprestava ad allenare la prima squadra femminile chiese consiglio ad una amica insegnante rispetto alle differenze tra maschi e femmine e alla fine sentì di poter così riassumere: "le donne vanno spinte a buttarsi, anche a costo di sbagliare. Gli uomini vanno invece frenati".

Bibliografia

- S. Canali: Regolazione delle emozioni e dipendenze. Prospettive emergenti nelle scienze cognitive. Addictus Magazine, 2024
- N. Chodorow: La funzione materna. Psicoanalisi e sociologia del ruolo materno, La Tartaruga, 1991.
- D. Demetrio: Raccontarsi. Raffaello Cortina Editore-Milano 1996
- S. Neonato: Depresse non si nasce. Letterate Magazine, 2018
- P. Leonardi: Depresse non si nasce... si diventa; Le Comete FrancoAngeli, 2016
- A. Pauncz: Dire no alla violenza domestica. Franco

Angeli/Self-Help, 2016

- E. Reale: Salute Mentale nella donna e differenza di genere: dalle evidenze clinico-epidemiologiche alle prospettive di una prevenzione mirata. Una salute a misura di donna- Dipartimento Pari Opportunità, cap 4, 2005
- P. Romito: La depressione delle donne. Ovvero la medicalizzazione dell'oppressione quotidiana" In inchiesta. Differenze di genere e cultura dei servizi (a cura di Paola Leonardi, Dedalo 1988
- R. Travaglini, L. Giardinelli: Fenomeno Alcolismo e differenze di genere. Giorn. Ital. Psicopat 2005 11, 437.444
- B. Van Der Kolk: Il corpo accusa il colpo, Raffaello Cortina Ed
- S. Vanini: Approccio clinico ai traumi nel DUS. Addictus Magazine, 2024

3.3

TRAUMA E DIPENDENZA DA ALCOL. TERAPIA INTEGRATA CON EMDR

Barbara B.

*Dipartimento Dipendenze Patologiche SerD Alcamo -
Alcamo - Italy*

Lavorando per molti anni con pazienti che presentano sia una dipendenza, sia un passato traumatico, ci siamo accorti che rielaborare le esperienze traumatiche con l'EMDR è una parte integrante e necessaria del percorso di riabilitazione dalla dipendenza patologica.

Cos'è davvero la dipendenza?

È un segno, un sintomo di sofferenza.

È un linguaggio che ci parla di un dolore da comprendere.

Alice Miller

Nell'esperienza clinica di molti anni di attività dentro il SerD, emerge con sempre maggiore evidenza che trauma e abuso di alcol spesso coesistono e che se non si affronta efficacemente il trauma sottostante ad una dipendenza, il trattamento di quest'ultima avrà meno probabilità di produrre un esito positivo. Come dice infatti Laura Parnell "spesso ci si accorge di come nelle dipendenze patologiche la radice ultima del disturbo sia costituita da un trauma e di come la dipendenza venga utilizzata come automedicazione dai sintomi prodotti da tali esperienze avverse, il che, a sua volta, può portare a un'ulteriore traumatizzazione" (1).

Dai progressi delle neuroscienze sappiamo che "il trauma infantile fa sì che l'amigdala (il centro cerebrale di rilevazione del pericolo) entri in uno stato di costante allerta rispetto alla minaccia, il che porta a sensazioni croniche di paura, angoscia e vulnerabilità. Individui abusati o trascurati durante l'infanzia hanno più probabilità di sviluppare un PTSD in età adulta. Una storia di trauma infantile crea anche maggiore propensione a sviluppare un disturbo depressivo, e rende gli individui meno capaci di autoregolarsi o di tranquillizzarsi in situazioni di stress. Alcune ricerche, inoltre, suggeriscono che gli individui che hanno subito dei traumi infantili potrebbero avvertire il dolore più acutamente degli altri"(2).

L'alcool, in questa ottica assume, spesso, la funzione di

tranquillante, di "ottunditore" per non sentire le emozioni estremamente dolorose.

Come sottolineano molte ricerche, un fattore di rischio significativo per l'uso problematico di alcol è sicuramente la presenza di molteplici eventi avversi intercorsi durante l'infanzia (3).

La letteratura evidenzia, inoltre, una forte relazione tra abuso, esposizione a violenza domestica in età precoce e sviluppo di dipendenze patologiche (4).

Il trauma psicologico ha un forte impatto negativo sull'insorgenza, sul mantenimento, sul decorso e sulla prognosi dell'abuso di alcol. Sappiamo che esistono prove preliminari dell'efficacia della terapia con EMDR nel miglioramento dei sintomi clinici in soggetti con dipendenza (5).

Un importante studio condotto sui soggetti dipendenti ha riscontrato che il PTSD è correlato alla gravità della dipendenza, ad una prognosi peggiore della malattia, a più ricoveri, ad una risposta più povera al trattamento oltre che a periodi più brevi di astinenza e ad un maggiore desiderio (6).

Questi dati, uniti a quelli di altri autori (7,8) suggeriscono la necessità di trattare il PTSD in questa popolazione di utenti.

Bessel Van Der Kolk (9) nelle sue ricerche sottolinea che almeno la metà delle persone traumatizzate cerca di offuscare il proprio mondo interno intollerabile con alcol o droghe.

"Le sostanze, tuttavia, non curano il trauma. Possono solo alleggerire la manifestazione della fisiologia disturbata, inoltre non insegnano nulla circa l'autoregolazione persistente nel tempo. Possono facilitare il controllo di sentimenti e comportamenti ma c'è sempre un prezzo da pagare perché bloccano i sistemi chimici che regolano il coinvolgimento, la motivazione, il dolore ed il piacere. Le persone traumatizzate hanno bisogno di imparare che possono tollerare le proprie sensazioni e che possono "farsi amiche" le esperienze interne esercitando nuovi modelli di azione"(10).

Gli obiettivi principali dell'EMDR sono:

- Aiutare i pazienti a imparare dalle esperienze negative che hanno avuto in passato;
- Desensibilizzare gli individui rispetto agli stimoli attuali che esercitano un effetto indebitamente stressante;
- Assimilare dei modelli per agire più appropriatamente in futuro, in modo tale da permettere ai pazienti di accedere a maggiori risorse sia a livello personale che a livello relazionale.

"In sostanza l'EMDR serve a catalizzare l'apprendimento: questo trattamento fa in modo che le immagini, le convinzioni, e le emozioni negative associate ad un ricordo disturbante diventino sempre meno vivide e sempre

meno potenti. Il ricordo target sembra man mano associarsi a informazioni più appropriate: i pazienti imparano a riconoscere gli elementi necessari e utili della loro esperienza passata e l'evento viene re-immagazzinato in memoria in forma adattiva, sana e non stressante" (11). Quando si prova a rianalizzare la propria infanzia e a riportare alla mente un avvenimento umiliante, per esempio, si scopre di provare ancora le stesse emozioni di allora, oppure che i pensieri sorti in quel momento si ripresentano in maniera automatica. Quando un evento è stato elaborato appropriatamente invece, si è in grado di ricordarlo senza esperire di nuovo le emozioni e le sensazioni che lo hanno accompagnato.

Il principio fondamentale alla base dell'EMDR, è che in tutti noi esiste un sistema fisiologicamente deputato ad elaborare le informazioni avente l'obiettivo di raggiungere una buona salute mentale. Tramite questo sistema è possibile liberarsi dalle emozioni negative e favorire i processi di apprendimento, nonché un'integrazione adattiva di questi ultimi e la possibilità di utilizzarli in futuro.

La desensibilizzazione, la ristrutturazione cognitiva, gli insight spontanei e la creazione di associazioni con emozioni positive e con le risorse dell'individuo sono considerati sottoprodotti della rielaborazione adattiva che avviene a livello neurofisiologico.

Ad oggi è stato ampiamente dimostrato che i movimenti oculari possiedono un ruolo associato ai processi cognitivi e alle funzioni corticali di ordine superiore (12;13;14).

Quando si lavora con le esperienze traumatiche dei pazienti, è facile riscontrare come le cicatrici degli avvenimenti più dolorosi non scompaiono facilmente dal cervello e molti pazienti continuano a soffrirne i sintomi anche a decenni di distanza, condizionando lo sviluppo, la salute mentale e il loro funzionamento. L'utilizzo della terapia EMDR nel disturbo da uso di sostanze e di alcool è stato riportato sin dagli inizi del suo sviluppo (15).

Il PTSD infatti coesiste frequentemente con la dipendenza con o senza sostanza (16;17).

Le esperienze infantili sfavorevoli (ACE, Adverse Childhood Experiences) sono associate al 44% delle psicopatologie in età evolutiva e al 30% negli adulti (Archives of Psychiatry, 2010) e sono le cause più frequenti di disturbi psicologici a tutte le età. Soprattutto in età dello sviluppo possono avere un effetto significativo nella successiva regolazione emotiva e sullo sviluppo di comportamenti disfunzionali.

Lo studio sugli ACE conferma la presenza di una relazione altamente significativa tra esperienze sfavorevoli in età infantile e depressione, tentativi di suicidio, alcolismo, abuso di sostanze, promiscuità sessuale, violenza domestica.

La chiave è dunque chiedersi qual è il disturbo che viene alleviato dal comportamento di dipendenza. È necessario identificare i trigger primari che hanno innescato il bisogno della dipendenza, risalire, quindi, all'origine. Il comportamento di dipendenza può avere inizio come soluzione di un problema, ma col passare del tempo diventa esso stesso il problema più grave con il verificarsi di nuovi traumi che possono, a loro volta, comportare un aumento dell'uso di sostanze, contribuendo alla creazione di una nuova spirale negativa.

Un intervento volto a trattare i traumi legati alla storia di vita e alla storia di dipendenza dall'alcool può dunque portare ad un aumento dell'efficacia dei trattamenti standard generalmente erogati nei SerD e nei centri terapeutici.

Il trattamento EMDR elabora direttamente i primi/peggiori eventi alla base delle dipendenze, basandosi sulla premessa che i comportamenti di dipendenza hanno come fattore di rischio esperienze del passato non rielaborate; esso prevede infatti la rielaborazione degli eventi passati, successivamente i fattori scatenanti (trigger) del presente e aiuta a prepararsi per il futuro. Utilizza come target le esperienze relative all'abuso di alcool e alle conseguenze dell'uso prolungato.

La prospettiva dell'EMDR spiega come il comportamento da uso di alcool e i sintomi di craving vengano mantenuti tramite associazioni mnestiche e immagini mentali non adattive, che possono essere desensibilizzate tramite le tecniche dell'EMDR. I movimenti oculari diminuiscono la vividezza e la carica emotiva dei ricordi, pertanto l'EMDR può essere un trattamento molto indicato anche nei disturbi correlati alle sostanze, in cui i ricordi traumatici e le relative immagini giocano un ruolo fondamentale.

Per concludere citando Covington si può dire che "L'emdr è una terapia altamente efficace nel favorire un senso di sicurezza nel paziente, dal momento che la creazione di una sana alleanza terapeutica rappresenta un elemento centrale del trattamento. Si tratta di una terapia volta specificatamente all'identificazione di problematiche emotive nucleari e non risolte e a difficoltà legate ai cambiamenti nello stile di vita. Se non riconosciamo il fatto che gli individui che ne soffrono, in particolare le donne, fanno spesso esperienza di violenze fisiche e di altri tipi di abuso, il trattamento delle dipendenze potrebbe rivelarsi inefficace" (18).

Floriana, una donna di cinquanta anni, madre di due adolescenti, chiede un aiuto psicologico per il suo grave problema di alcolismo. Nella fase della raccolta delle informazioni, la paziente racconta una storia molto complessa. di solitudine dentro una famiglia pluriproblematica (padre con disturbo schizofrenico, madre

adottata, "border" e non protettiva, ripetuti maltrattamenti fisici e psicologici, grave violenza assistita in cui il padre più volte ha tentato di uccidere la madre, numerosi abusi sessuali durante infanzia e adolescenza) e di una convivenza attuale da cui nascono due figli con un uomo che le richiede una sessualità per lei inaccettabile, da cui non sa sottrarsi.

Una delle finalità principali della raccolta di informazioni è quella di identificare i ricordi che hanno contribuito al suo disturbo attuale e individuare gli stimoli scatenanti che la portano ad abusare di alcool.

Per Floriana sono numerosissimi e tutti molto dolorosi che le fanno dire di sé (CN) inizialmente "sono indegna", successivamente "sono impotente", che le scatenano un'ansia molto intensa che le fa scoppiare il petto. Bere per lei è un modo per non sentire queste emozioni intollerabili. Grazie all'aiuto dell'emdr abbiamo creato tante risorse, abbiamo elaborato molti ricordi disturbanti, abbiamo rafforzato la capacità di...

Vincenza abusa di alcool da circa 10 anni, dopo la morte del marito. Nei suoi ricordi si vede a tre anni in ginocchio con la madre a pregare perchè il marito/padre non torni arrabbiato dal lavoro e picchi violentemente come fa di solito. Diventa presto adulta e in adolescenza si occupa del fratello tossicodipendente perchè intanto la madre accudisce il marito colpito da cancro. Si sposa molto giovane e ha due figli con i quali ha una relazione iperansiosa e controllante; quando i figli sono adolescenti muore il marito improvvisamente di infarto e si riscopre piena di debiti perchè lui non ha mai pagato, durante la loro vita insieme, nessun tributo e nessuna tassa sui loro beni (casa, auto, ecc). Per far fronte alla sua ansia Vincenza comincia a bere vergognandosi molto della sua dipendenza ma non riuscendo a farne a meno. Durante la terapia con EMDR elaboriamo i ricordi infantili legati al terrore della violenza paterna con la CN "sono impotente" e una sensazione di panico in gola, per poi arrivare al momento del lutto e della scoperta dei debiti, dove la sensazione sia fisica che cognitiva è quella di non essere stata capace di vedere le "mancanze" del marito e di aver perso completamente il controllo della propria vita. Via via durante le sedute di desensibilizzazione i ricordi e le sensazioni corporee diventa meno angoscianti e anche l'uso di alcool si riduce tanto da consentire a Vincenza la ripresa di alcune relazioni amicali e dell'attività sportiva interrotta ormai da anni.

Francesca è stata abbandonata dal marito più di 10 anni fa, senza una spiegazione. Da alcuni mesi notava un suo allontanamento che adduceva a motivi di lavoro, per poi non rientrare più a casa e comunicare che si trasferiva all'estero. Di questa situazione parla con grande difficoltà ancora oggi, negando rabbia e dolore ma ammet-

tendo di aver cominciato ad utilizzare l'alcol come rifugio. Dopo diversi anni, da una relazione nasce la piccola Giulia che oggi ha 7 anni. Un anno fa, in seguito ad un violento litigio in cui, ubriaca e in preda alla gelosia, accusa il convivente di tradirla con una vicina di casa, intervengono i carabinieri e poi il tribunale per i minorenni. Oggi è in affidamento ai servizi per monitorare l'uso di alcool e chiede una terapia perchè, piena di vergogna, sente di aver rischiato di perdere la bambina e vuole lavorare sulla sua dipendenza.

L'EMDR ci aiuta ad elaborare i ricordi legati all'abbandono e alla umiliazione di sentirsi rifiutata sia nella prima esperienza di coppia, sia nell'attuale convivenza. Piena di vergogna sia rispetto all'abuso di alcool, sia riguardo alla possibilità di non essere una buona madre, lavoriamo sulla c.n. "io sono un essere da disprezzare", "sono un fallimento", che pian piano nelle sedute si trasforma in una c.p. "io valgo", "io sono una buona madre". Come dice Alfredo Canevaro (2009) "gli eventi positivi e negativi formano la nostra memoria. In effetti, noi siamo i nostri ricordi organizzati. Gli eventi negativi hanno difficoltà nell'essere integrati nella nostra memoria, sono congelati e richiedono di essere riprocessati e rimetabolizzati. Per questo è molto importante l'affetto con cui si ricostruiscono. Se questo avviene con la chiarificazione demistificatoria dei malintesi e con l'eventuale richiesta di perdono per il danno commesso, la loro carica patologica si scioglie come neve al sole. Scongellare il passato non è solo nostalgia, è un vero processo generativo"(19).

Bibliografia

1. Parnell L. Il Trattamento basato sull'EMDR per le dipendenze Raffaello Cortina Editore 2020
2. Parnell L. Il Trattamento basato sull'EMDR per le dipendenze Raffaello Cortina Editore 2020
3. Felitti V. 2013 Adverse Childhood experiences (ACE) study. Rivista di Psicoterapia EMDR. EMDR Italia, 41
4. Dube S.R., Felitti V.J., Dong M., Chapman D.P., Giles W.H., e Anda R.F., Childhood abuse neglect and household dysfunction and the risk of illicit drug use: The adverse Childhood Experiences study. Pediatrics, 111, 564 2003
5. Perez-Dandieu e Tapia, 2014. Treating Trauma in Addiction with EMDR: A Pilot Study Journal of Psychoactive Drugs
6. Driessen M, Schulte S, Luedecke C, Schaefer I, Sutmann F, Ohlmeier M, et al. Trauma and PTSD in patients with alcohol, drug, or dual dependence: a multi-center study. Alcohol Clin Exp Res. 2008
7. Dore G, Mills K, Murray R, Teesson M, Farrugia P. Post-traumatic stress disorder, depression and suicidality in inpatients with substance use disorders. Drug Alcohol

Rev. 2012

8. Mills KL, Teesson M, Ross J, Peters L. Trauma, PTSD, and substance use disorders: findings from the Australian National Survey of Mental Health and Well-Being. *Am J Psychiatry*. 2006
9. Bessel van der Kolk Corpo accusa il colpo: mente, corpo e cervello nell'elaborazione delle memorie traumatiche Raffaello Cortina Editore 2015
10. Barnato M. EMDR nel trattamento delle Dipendenze: La Ricerca Convegno 3 Aprile 2019 Sala Maria Bambina C.so di porta nuova 23 Milano
11. Shapiro F: EMDR: Il manuale. Principi fondamentali, protocolli e procedure 2019 Raffaello Cortina
12. Amadeo M., Shagass, C.M. Eye movements, attention and hypnosis. *Journal of Nervous and Mental Disease* 1963
13. Antrobus, J.S. Eye movements and non-visual cognitive tasks. In Zikmund, V. (a cura di), *The oculomotor system and brain functions*, 354.368, Butterworths, London. 1973
14. Antrobus, J.S., Antrobus, J.S., Singer J. (1964), Eye movements, accompanying daydreams, visual imagery, and thought suppression. *Journal of Abnormal and Social Psychology*
15. Shapiro, F., Vogelmann-Sine, S., Sine, L. Eye movement desensitization and reprocessing: Treating trauma and substance abuse. *Journal of Psychoactive Drugs*, 1994
16. Brady, K.T., Sinha, R. Co-occurring mental and substance use disorders: The neurobiological effects of chronic stress. *American Journal of Psychiatry*, 2005
17. Jacobsen, L.K., Southwick, S.M., Kosten, T.R., Substance use disorders in patients with posttraumatic stress disorder: A review of the literature. *American Journal of Psychiatry*, 2001
18. Covington S.S. Women and addiction: a trauma-informed approach in *Journal of Psychoactive drugs*, Sarc suppl. 5 2008
19. Canevaro, A., *Quando volano i cormorani. Terapia individuale sistemica con il coinvolgimento dei familiari significativi*, Borla, Roma. 2009

3.4

FOCUS SU ALCOOL E GRAVIDANZA: ALLA (FATICOSA) RICERCA DI UNO SCREENING AZIENDALE. L'ESPERIENZA DI UNA U.O.C. DIPENDENZE TRA ANALISI DEI COSTI, RICERCA DI INNOVAZIONE E REALIZZAZIONE DELL'OBIETTIVO PREFISSATO

Guerrini F., Formenti L.

ASST Rhodense - Garbagnate Milanese - Italy

Ritenendo la tematica del consumo di alcool in gravidanza molto rilevante per i riverberi patologici che l'uso improprio di alcool può avere sul nascituro (basta citare la F.A.S.) un Gruppo di Miglioramento aziendale ha analizzato alcuni interventi da proporre per identificare precocemente i casi di consumo improprio in gravidanza.

È noto e documentato che il consumo problematico di alcool in Italia coinvolge gli adolescenti in età progressivamente più precoce. Non sono rari i casi di coma etilico gestiti in P.S. pediatrici. Questo dato evidenzia come l'accesso alle bevande alcoliche avvenga in età sempre più giovane: probabilmente, insieme ad altri fattori, esso è il prodotto di una verosimile e diffusa sottovalutazione dei rischi per la salute in un Paese con una filiera produttiva e commerciale di alcolici apprezzati in tutto il mondo e rispettata per i guadagni prodotti e per i posti di lavoro generati. Tale sottovalutazione "culturale" alimenta, però, un atteggiamento di tolleranza nei confronti delle bevande alcoliche, al quale, in ogni caso, si contrappone una diversa filiera, medico-sanitaria, che, pur non demonizzando con atteggiamento "integralista" il consumo di alcool, ne sottolinea ampiamente la pericolosità.

Ben note sono la ampiezza numerica, sebbene la normativa vigente preveda il divieto di vendita di alcool ai minorenni, dei casi di intossicazione acuta tra i giovani (prima prerogativa quasi esclusiva degli adulti); degli incidenti stradali sotto effetto di alcool; di una parte degli incidenti sul lavoro. In un contesto di analisi dei costi sanitari, quelli correlati ai danni procurati dall'assunzione impropria di bevande alcoliche vengono spesso messi sotto attenzione poiché, evidentemente, sono costi in gran parte evitabili e attribuibili a patologie di

carattere internistico, psichiatrico oppure a esiti, eventualmente invalidanti, di un incidente sul lavoro o di un infortunio in ambito lavorativo.

Il fatto che l'alcool sia classificato dalla International Agency Research on Cancer (I.A.R.C.) nel Gruppo 1, quello delle sostanze dotate di azione carcinogenica (seppur a dosaggi e in "scenari" particolari per l'approccio metodologico dell'Agenzia), dovrebbe già essere motivo di allarme; il fatto che i dati epidemiologici dell'Istituto Superiore di Sanità (I.S.S.) riferiti al periodo 2016- 2018 riportino che quasi 4 milioni di persone bevono con modalità binge ("abbuffate" di almeno 7 "dosi" di superalcolici in breve unità di tempo) e che questa modalità di assunzione abbia causato 39.000 accessi Pronto Soccorso nel 2018, dovrebbe essere un altro motivo di preoccupazione; infine, che le morti attribuibili all'alcool ammontino a circa 40.000 all'anno, e che la spesa pubblica oscilli tra i 30 ed i 65 milioni di Euro annui (anche secondo i dati O.M.S. sull'Italia) documenta ancor di più il contesto e le sue proporzioni. Altri dati esplicativi sono quelli, ancora dell'I.S.S., che indicano come in Italia almeno il 75% della popolazione assuma alcool (tra le donne, il 63%), e che il 7% dei giovani ha dichiarato, in alcune interviste (studio E.S.P.A.D.) di consumare alcool in misura eccessiva da 2 a 3 volte per settimana.

Anche volendo mantenere un atteggiamento non troppo intransigente nei confronti del consumo di alcool, per esempio accettando i limiti consigliati dall'O.M.S. espressi in Unità Alcoliche, ma anche tollerando un blando consumo inserito in un modello di stili di vita particolarmente rigorosi nei confronti di alimentazione, attività motoria e di realizzazione di tutti i possibili fattori socio-sanitari protettivi, c'è però una fase della vita umana nella quale non è possibile (evidenze scientifiche e dati sanitari "alla mano") mantenere alcun grado di tolleranza nei confronti dell'apporto di alcool: la gravidanza e, di conseguenza, il periodo di vita intrauterino. L'esposizione alle sostanze assunte dalla donna gravida, infatti, può apportare varie criticità poiché la barriera emato-placentare è permeabile attraverso diversi meccanismi di trasporto (diffusione semplice, trasporto attivo, pinocitosi, diffusione facilitata), quindi la veicolazione delle sostanze (farmaci, alcool, "droghe") verso il feto è costante. Quest'ultimo, in continua evoluzione nelle differenziazioni cellulare, strutturale e organica, non ha, in molti casi, sistemi enzimatici efficienti come quelli dell'adulto nel metabolizzare e rendere inattive le macromolecole assunte dalla madre. Perciò si possono verificare danni funzionali o danni d'organo. Non fanno eccezione a questa possibilità le sostanze psicoattive: la Cannabis può modificare il turn over cellulare cerebrale alterando il fisiologico processo di apoptosi ed

incidere direttamente sulla differenziazione microstrutturale del S.N.C.; la cocaina, per le sue proprietà vasomotorie, può modificare la micro-perfusione e la vascolarizzazione di svariate aree cerebrali. Per quanto riguarda l'alcool va ricordato che gli enzimi che lo ossidano ad acetaldeide, già meno efficienti nella donna rispetto all'uomo, lo sono ancor meno nel nascituro. Ciò vale anche per gli enzimi che degradano l'acetaldeide ad acido acetico. L'alcool, in quanto lipofilo, non ha difficoltà a diffondere attraverso le principali barriere biologiche umane e l'accumulo tissutale di acetaldeide provoca un stimolo ossidativo sulle membrane mitocondriali favorendo la deplezione di ATP, reagendo con l'enzima xantina ossidasi a formare anione superossido, radicali idrossilici e perossido di idrogeno, tutti in eccesso ed in grado di alterare la permeabilità di membrana anche a livello cerebrale, gli scambi ed i segnali intracellulari fino alla sintesi proteica. Non meno critici sono gli effetti su alcuni recettori (GABA e Glutammato in primis) che mediano risposte fisiologiche multiple poiché a loro volta inseriti in circuiti anatomo-funzionali di grande importanza nello sviluppo psichico umano.

Gli esiti delle alterazioni microstrutturali sono racchiusi nei noti quadri clinici definiti con acronimi precisi e ampiamente noti: F.A.S. (Sindrome Feto Alcolica), F.A.S.D. (Spettro dei Disturbi Feto Alcolici) e D.E.F.A.D. (Disturbi da Esposizione Fetale ad Alcool e Droghe). Essi racchiudono le realtà patologiche che raggruppano una ampia gamma di alterazioni: dismorfismi facciali (microftalmia, ptosi palpebrale, epicanto, labbro superiore sottile), ritardo nell'accrescimento - anche per anomalie articolari - malformazioni cardiache e renali, oculari e uditive, senza contare le criticità nell'ambito delle performances intellettuali e comportamentali.

Alcuni dati a conferma della rilevanza del tema sono rappresentati da rilievi epidemiologici che stimano un consumo di alcool in gravidanza, anche solo saltuario, interessante circa il 50% delle gestanti in Italia e che, nel mondo, 119.000 bambini ogni anno nascono con una affezione correlata alla F.A.S.

I dati di prevalenza comparata tra alcuni Stati (espressa in ‰ rispetto ai nati vivi) e riferiti alla diagnosi di F.A.S. evidenziano valori che in Italia oscillano tra 1,2 e 7,4 versus un valore medio mondiale di 1,46. Tale fluttuazione è così oscillante nei dati italiani poiché riferita a studi condotti con metodologie diverse e neppure molto recenti (2002 e 2007) sebbene essi esprimano comunque un contesto che induce ad una riflessione su un quadro di patologie che vale ben più di una malattia rara, perlomeno nella società occidentale (diversamente dal Medio Oriente per un differente approccio al consumo di alcool). Per tale ragione tutte le più recenti ini-

ziative istituzionali informano ed esplicitano il chiaro invito alle future madri di non assumere mai alcool durante la gravidanza (O.M.S. e I.S.S.).

IL PROGETTO DELLA U.O.C. DIPENDENZE DELLA ASST RHODENSE

Sulla base di quanto sopraesposto, nel 2019, all'interno del Piano di Formazione aziendale è stato organizzato un corso di formazione dedicato a tutti gli operatori della Rete Integrata Materno Infantile e condotto da operatori della U.O.C. Dipendenze, al quale ha fatto seguito la costituzione di un Gruppo di Miglioramento (di seguito GdM) rivolto a questa tematica, un gruppo composto da figure professionali dei Sert, del NOA e della Rete Integrata Materno Infantile. Il Gruppo ha affrontato lo studio e la individuazione delle azioni e degli interventi più realizzabili per giungere ad una diagnosi precoce o, almeno, ad un anticipo diagnostico (forse meno "virtuoso" ma non del tutto inutile) dell'uso problematico dell'alcool in gravidanza. L'obiettivo era quello di poter inaugurare una forma di screening aziendale, o in subordine, una sperimentazione oppure uno studio-pilota in un presidio ospedaliero della A.S.S.T. Rhodense.

Di seguito la storia del progetto e delle difficoltà riscontrate.

ANALISI DI FATTIBILITÀ, CRITICITÀ RISCONTRATE, PREGI DELLE IPOTESI DI SCREENING LOCALE

La prima ipotesi formulata era quella di inserire alcuni markers ematobiochimici nella routine diagnostica della gravidanza (transaminasi, fosfatasi alcalina, GT, bilirubina), soluzione quasi ovvia per un operatore di un Servizio delle Dipendenze Patologiche; meno spontanea, in vece, per un operatore della Rete Materno Infantile poiché la prescrizione del set standard di esami ematobiochimici di funzionalità epatica nel monitoraggio della gravidanza, non è prevista. Esso, come indicato nel D.P.C.M. del 12/01/2017 (vigente nel 2019 quando la nostra U.O.C. studiava questa tematica) definisce, negli allegati 10 A e B, i L.E.A. della gravidanza, ovvero anche le prestazioni esenti (esenzione "M") da partecipazione alla spesa da parte del cittadino: non figurano i valori di funzionalità epatica. Per cui, anche ipotizzando una "campagna" locale aziendale di diagnosi precoce il GdM avrebbe dovuto proporre la compartecipazione alla spesa delle pazienti sotto forma di ticket oppure cercare una copertura finanziaria esterna, ovvero della Azienda sanitaria o di altra istituzione. Pertanto, la soluzione più semplice e lineare aveva una criticità di sostenibilità finanziaria rispetto all'obiettivo prefissato dal GdM inter-dipartimentale. Per analogo motivo non si è presa in considerazione la misurazione della CDT e per ragioni, invece,

non solo di costi e di prezzi, ma anche di rischi di stigmatizzazione e di comprensibili reazioni emotive da parte delle utenti, non sono stati neppure analizzati gli esami su matrice urinaria o su matrice cheratinica (alcoluria, ETG urinaria o dell'annesso cutaneo) che, a parere degli operatori, poco si addicevano ad una proposta di screening locale e che avrebbe richiesto anche "passaggi" per una validazione amministrativa e di protezione dei dati personali delle donne partecipanti.

Alla ricerca di una alternativa con maggiori probabilità di realizzazione il Gruppo di Miglioramento si è imbatuito, dopo una revisione bibliografica, nella metodica che analizza la misurazione dell'ETG su meconio. La caratteristica principale del meconio, espulso nelle prime 48 ore dopo il parto, è quella di racchiudere al suo interno numerosi prodotti esogeni assunti dalla partoriente nel 2° e 3° trimestre di gravidanza. La ricerca dell'ETG su questa particolare matrice biologica segue quella in uso precedentemente la quale si concentrava sugli esteri etilici degli acidi grassi. La ricerca di ETG, in questo specifico caso, è più accurata e si avvale di metodica LC/MS-MS (tecnica analitica basata sull'utilizzo della cromatografia liquida insieme alla spettrometria di massa con cut-off di 120 ng/g). In Italia gli studi documentati dalla letteratura sono limitati perché esordiscono solo nel 2008. Lo studio cui spesso si fa più riferimento è dell'Istituto Superiore di Sanità, condotto su 607 campioni raccolti in 7 reparti neonatali di diversi ospedali italiani nel 2011. La prevalenza generale è del 7.9% con oscillazioni da 0 al 24.9% in base alle città considerate. Si ricorda anche una iniziativa della Regione Sardegna che ha provato, nel 2014, a inserire il test su meconio in un protocollo di indagine sull'uso di alcool in gravidanza. I costi di questa analisi non sembrano proibitivi, la maggior parte dei laboratori universitari in grado di gestirla segnala prezzi di circa 50 euro/esame. Perciò, una, pur sommaria, analisi dei costi (diretti e indiretti, specifici e comuni) da parte del GdM li ha ritenuti sostenibili sul piano finanziario anche se non molto più convenienti di quelli della prima proposta (funzionalità epatica), ma con il vantaggio che l'ETG è più specifico della funzionalità epatica per rilevare il consumo alcolico. Il valore aggiunto per risolvere la questione dei costi dell'esame strumentale su meconio (quanto meno il prezzo) e per conseguire l'obiettivo di realizzare non già uno screening strutturato e di ampia diffusione ma almeno uno studio sperimentale e preliminare a un più ampio progetto aziendale, è stato di pianificare l'iniziativa di far confluire il prezzo dell'esame strumentale all'interno del contratto tra Laboratorio di riferimento e U.O.C. Dipendenze, fissando una parte della quota destinata al finanziamento degli esami tossicologici urinari e cheratinici all'esame su meconio,

anche all'insegna di un minimo di innovazione. I punti critici, per contro, evidenziati da questa ipotesi di lavoro, sono stati individuati nella raccolta del campione, nel suo trasporto e nella gestione dei referti (e del costo del personale sanitario e tecnico). Ad essi si è aggiunta una considerazione non solo metodologica ma anche legata al significato dei concetti di diagnosi precoce e di screening, pur se estesi ad una popolazione di numerosità ridotta: la rilevazione su meconio rappresenta, pensando alla donna che ha partorito, un esame ex post rispetto al consumo di alcool in gravidanza per cui, in questa "direzione" di pensiero, la diagnosi precoce probabilmente sfumerebbe in una sorta di anticipo diagnostico rispetto al periodo di gravidanza mentre, rispetto al neonato, l'analisi su meconio acquista un significato diverso perché può contribuire alla diagnosi precoce della F.A.S. quando effettivamente presente ma è anche un indicatore di rischio specifico che il nascituro possa sviluppare forme più sfumate durante la crescita, quelle forme che potrebbero, in assenza di segni patognomnici, rivelarsi negli ambiti del comportamentali o delle performances intellettuali/cognitive. In questo caso la identificazione del rischio specifico consentirebbe l'attivazione precoce degli interventi medici e assistenziali atti a ridurre l'impatto di una sindrome altrimenti diagnosticata solo in tempi successivi.

COSA HA INSEGNATO IL PROGETTO: CONCLUSIONI

Il progetto del 2019 non ha avuto realizzazione concreta poiché nel 2020 la nota pandemia ne ha fermato l'avanzamento. Lo step successivo alla scelta del più favorevole esame di laboratorio (indici di funzionalità epatica o ETG su meconio) avrebbe dovuto comprendere l'attivazione di sostegno psicologico, di supporti socioassistenziali e sanitari da parte dei Consulteri e dei SerT o N.O.A. per i casi positivi. Un bilancio delle fasi di preparazione e progettazione è, però, possibile. Anoveriamo tra i punti forti la "alfabetizzazione" scientifica degli operatori preliminare al corso di formazione ed alla costituzione del GdM; lo sforzo concreto di far collaborare due diverse aree sanitarie aziendali attraverso il corso di formazione ad hoc e la costituzione del Gruppo; un serio approccio metodologico nella valutazione di quali strumenti utilizzare per conseguire l'obiettivo (identificare l'uso di alcool in gravidanza) in sinergia tra diverse professionalità e proporre la elaborazione finale alla Direzione Strategica; la analisi, infine, delle alternative ad una prima ipotesi di lavoro a fronte di una valutazione "a tutto campo" delle criticità da essa emerse. Queste ultime rappresentate, invece, da: presenza di costi da non sottovalutare ed il cui "ritorno" in termini di salute guadagnata (rapporto costo/beneficio) non è quantificabile ex ante in nessu-

na delle due proposte studiate e reciprocamente alternative; la carenza di analisi della accettabilità da parte delle donne destinatarie in termini di espressione di consenso e di garanzia dell'anonimato dei dati raccolti con la possibilità, però, della identificazione dei casi "patologici" o a rischio; infine, la possibile "macchinosità" di alcune azioni legate al prelievo ed allo stoccaggio del campione biologico.

A conclusione di quanto studiato, analizzato e progettato si deve, però, ammettere che la tematica, per le sue proporzioni epidemiologiche e per le sue potenziali conseguenze sanitarie sulle madri e sui nati, è assolutamente meritevole di iniziative e interventi, a partire dalla prevenzione (nei Ser.T., nei N.O.A., nei Consultori) primaria ed universale, fino alla rilevazione ed alla identificazione precoce (durante la gravidanza o nel periodo post partum) dei casi critici. Per questo si auspica che, al di là di questo progetto e della sua parziale realizzazione, la questione del consumo di alcool in gravidanza sia oggetto di maggiori e più dedicate attenzioni.

RIFERIMENTI NORMATIVI

Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 12 gennaio 2017

Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502.

Bibliografia

M.F. Drummond, B. J. O' Brien, G. L. Stoddart, G.W. Torrance. Metodi per la valutazione economica dei programmi sanitari. Cap. 3 (pag. 33-61); cap. 4 (Pag. 63-113). Il pensiero Scientifico Editore (seconda edizione) - 2000.

Sitografia

- "Sindrome alcolico fetale" Epidemiologia per la sanità pubblica - I.S.S. Disponibile su <https://epicentro.iss.it>
- "La sindrome feto alcolica - Ministero della Salute". Disponibile su www.salute.gov.it
- "Alcol, Relazione al Parlamento anno 2018". Consultabile su www.salute.gov.it
- "Il consumo di alcol in Italia - Istat". Disponibile su <https://www.istat.it>
- "A.I.D.E.F.A.D. (Associazione Italiana Disordini da Esposizione Fetali Alcool e/o droghe)". Disponibile su <https://www.aidefad.it>

3.5

DIPENDENZE DA COCAINA E ALCOL IN CONDIZIONI DI MARGINALITÀ: L'ESPERIENZA DI BOLOGNA NELLE PRESE IN CARICO E NEGLI ESITI TERAPEUTICI DEL 2022

Cerrato F., Di Paolo C., Bassini M., Grech M.L.
Azienda USL di Bologna - Dipartimento di Salute Mentale - SerDP Pepoli - Bologna - Italy

L'analisi si concentra sui pazienti in condizioni di marginalità con dipendenze da cocaina e alcol, presi in carico a Bologna nel 2022. Lo studio evidenzia i risultati terapeutici e le difficoltà nel mantenere la continuità dei trattamenti, suggerendo l'importanza di approcci integrati e personalizzati.

Introduzione

Nel novembre 2020 è stato avviato a Bologna un innovativo servizio di integrazione socio-sanitaria, frutto della collaborazione tra l'Unità di Strada (UdS) del comune di Bologna e l'Unità Operativa Dipendenze Patologiche e Assistenza alle Popolazioni Vulnerabili (UO Vulnerabili) dell'Azienda USL di Bologna. Questo servizio, unico in Italia, è stato creato per fornire assistenza sanitaria e sociale a pazienti in condizioni di estrema marginalità. Questi pazienti, spesso affetti da gravi problematiche di dipendenza, rappresentano una sfida significativa per i servizi sociosanitari. Il presente studio si concentra in particolare sui pazienti con uso problematico di cocaina e alcol, due sostanze che pongono specifici problemi in termini di gestione terapeutica. L'obiettivo di questo lavoro è analizzare l'efficacia dei trattamenti e valutare se i servizi attualmente disponibili siano in grado di rispondere adeguatamente alle necessità di questa popolazione vulnerabile.

Obiettivi

L'obiettivo principale dello studio è valutare l'efficacia del percorso di presa in carico offerto ai pazienti con uso problematico di cocaina e alcol presso l'Unità di Strada (UdS) e l'Unità Operativa Vulnerabili (UO Vulnerabili). Gli obiettivi specifici includono:

1. Analizzare le caratteristiche demografiche e cliniche dei pazienti trattati, inclusi età, sesso, nazionalità, con-

dizione abitativa e sostanza d'abuso.

2. Valutare la durata del trattamento e il tasso di interruzione, con un focus particolare sui pazienti che hanno completato il percorso e quelli che lo hanno interrotto prematuramente.

3. Identificare le aree di miglioramento per ottimizzare la qualità della presa in carico e la continuità del trattamento, con l'obiettivo di sviluppare strategie più efficaci per il futuro.

Metodi

Lo studio si basa su un'analisi retrospettiva dei dati raccolti nel corso del 2022 su 70 pazienti accompagnati dall'Unità di Strada (UdS). I dati sono stati organizzati in due dataset principali. Il primo include informazioni demografiche, anamnestiche e cliniche, come età, sesso, sostanza principale e secondaria di abuso, modalità di consumo, e condizione abitativa. Il secondo dataset traccia l'andamento del percorso terapeutico di ciascun paziente, con dettagli su durata della presa in carico, trattamenti somministrati e risultati raggiunti. Per valutare la continuità del trattamento e il rischio di drop-out, è stata utilizzata un'analisi di sopravvivenza Kaplan-Meier. Questa tecnica ha permesso di stimare la probabilità di ritenzione nel trattamento per i pazienti, suddivisi per la sostanza principale di abuso (alcol, cocaina, eroina). Il test statistico log-rank è stato utilizzato per confrontare la sopravvivenza tra i gruppi e identificare eventuali differenze significative nel mantenimento del trattamento nel tempo.

L'analisi dei dati complessivi è stata condotta utilizzando tecniche statistiche descrittive per individuare i trend principali, suddivisi per sostanza di abuso (alcol e cocaina), sesso e altre variabili rilevanti. È stata inoltre valutata l'efficacia del trattamento residenziale rispetto agli interventi ambulatoriali.

Risultati

Tra i 70 pazienti accompagnati nel corso del 2022, il 22,9% presentava un uso problematico di alcol, mentre il 12,9% faceva uso problematico di cocaina. I pazienti con uso problematico di alcol hanno mostrato una tendenza significativa all'interruzione precoce del trattamento: il 68,8% di questi ha abbandonato il percorso entro i primi due mesi, con una durata media della presa in carico di 64 giorni e una mediana di soli 31 giorni. Solo il 25% di questi pazienti era ancora in trattamento alla fine dell'anno. L'analisi di sopravvivenza Kaplan-Meier ha evidenziato una differenza significativa ($p = 0.00013$) nella probabilità di ritenzione nel trattamento tra i pazienti con uso di alcol, cocaina e eroina. I pazienti con dipendenza da alcol hanno mostrato una maggiore probabilità di drop-out rispetto a quelli con dipendenze da cocaina ed eroi-

na. Dopo circa 100 giorni dalla presa in carico, la probabilità di mantenimento del trattamento era notevolmente più bassa per i pazienti con uso di alcol rispetto agli altri gruppi.

I pazienti con uso problematico di cocaina hanno mostrato un comportamento simile, con il 77,8% che ha interrotto il trattamento e una durata media della presa in carico di 134 giorni (mediana: 83 giorni). Soltanto un paziente risultava ancora in trattamento a dicembre 2022. I trattamenti residenziali, ove disponibili, hanno mostrato una maggiore efficacia nel mantenere la continuità terapeutica, con pazienti che tendevano a rimanere in carico per un periodo più lungo e a conseguire risultati terapeutici migliori.

Conclusioni

I risultati dello studio evidenziano come la gestione dei pazienti con uso problematico di cocaina e alcol, in particolare quelli che vivono in condizioni di marginalità, sia complessa e richieda interventi più mirati e personalizzati. La maggior parte dei pazienti abbandona il percorso terapeutico entro pochi mesi dalla presa in carico, soprattutto quando il trattamento è ambulatoriale o non residenziale. Questo indica chiaramente che le strategie attuali potrebbero non essere sufficienti per affrontare le problematiche specifiche di questa popolazione, che presenta comorbidità sociali e sanitarie molto complesse.

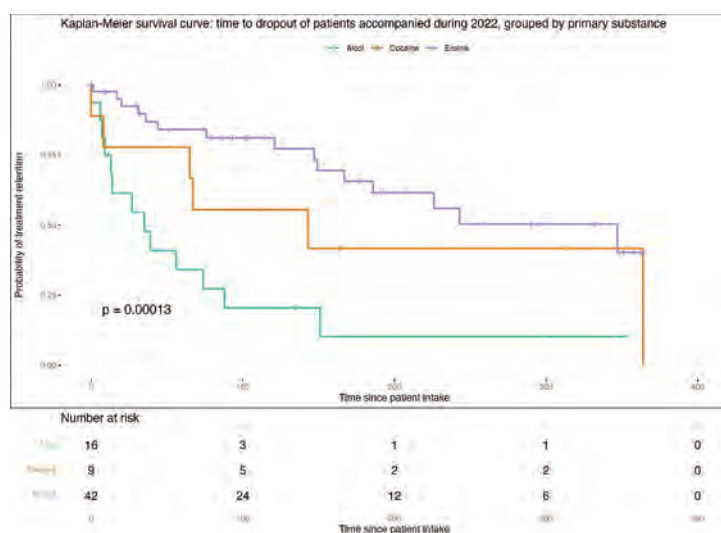
Un aspetto cruciale emerso dallo studio è l'importanza dei trattamenti residenziali, che si sono dimostrati più efficaci nel garantire la continuità terapeutica. Tuttavia, l'accesso a questi trattamenti è spesso limitato per i pazienti più vulnerabili a causa della mancanza di documenti, di una residenza stabile o di risorse. Per affrontare queste sfide, potrebbe essere utile esplorare nuove modalità di assistenza, come i Managed Alcohol Programs (MAPs), implementati con successo in Canada. Questi programmi forniscono alcol controllato a persone con dipendenze

gravi, soprattutto tra coloro che vivono in condizioni di marginalità estrema, e mirano a ridurre i danni associati al consumo incontrollato di alcol, prevenendo crisi di astinenza e migliorando la qualità della vita dei partecipanti.

L'esperienza canadese ha dimostrato che i MAPs possono contribuire non solo a ridurre le conseguenze sanitarie negative legate al consumo di alcol, ma anche a migliorare l'adesione ai trattamenti sanitari e sociali. Questi programmi si basano sul principio di riduzione del danno, e potrebbero rappresentare un'opzione interessante da considerare per affrontare le problematiche di dipendenza nei pazienti più difficili da gestire con i metodi tradizionali, soprattutto quelli che rifiutano i percorsi di astinenza completa.

Parallelamente, l'implementazione di programmi di screening sanitario regolare potrebbe aiutare a monitorare meglio le condizioni di salute dei pazienti, prevenendo il peggioramento delle loro condizioni cliniche. Questo approccio preventivo può risultare particolarmente utile per i pazienti con uso problematico di cocaina, che spesso presentano complicazioni cardiovascolari e neurologiche legate all'abuso della sostanza. Monitorare costantemente questi parametri, attraverso esami regolari come elettrocardiogrammi e test di funzionalità cerebrale, potrebbe permettere un intervento tempestivo e ridurre i rischi di esiti negativi. Tale strategia sarebbe fondamentale soprattutto per una popolazione che si trova a vivere in situazioni di estremo disagio e non sempre ha accesso regolare ai servizi sanitari.

Infine, è fondamentale promuovere un approccio multidisciplinare che coinvolga specialisti delle dipendenze, assistenti sociali e operatori sanitari per affrontare in modo globale le complesse esigenze di questi pazienti. Solo un lavoro sinergico tra servizi diversi potrà garantire un miglioramento significativo nella presa in carico e nei risultati terapeutici.



3.6

MODULARE GLI APPROCCI TERAPEUTICI COMUNITARI TRA REMISSIONE E RECOVERY. STUDIO OSSERVAZIONALE RETROSPETTIVO SU UNA POPOLAZIONE FEMMINILE CON DISTURBO DA USO DI ALCOL (AUD)

Bruno L., Angelini O., Califano M., Fontanella T.
Comunità Incontro - Amelia (TR) - Italy

Riportiamo in questo lavoro uno studio osservazionale prospettico su un gruppo di ospiti di sesso femminile della Comunità Incontro con diagnosi primaria di Disturbo da Uso di Alcol (AUD), finalizzato ad ipotesi di lavoro circa la modulazione dei percorsi terapeutici tra remissione sintomatologica ed elementi del paradigma di personal recovery.

Background

L'esponenziale incremento dei pattern problematici di assunzione di alcolici e la relativa elevazione della frequenza di conclamate condizioni cliniche di AUD, ha portato con sé il ridursi delle differenze percentuali tra uomini e donne a favore di queste ultime. La comparsa di problematiche specifiche nel genere femminile, rimasto storicamente in ombra, a sua volta ha dato impulso ad approfondite indagini sui possibili meccanismi caratterizzanti nella popolazione femminile l'inizio, lo sviluppo e il mantenimento dell'AUD. Elementi peculiari e costanti in evidenza, quali una maggiore velocità di progressione verso forme di dipendenza conclamate dopo l'esordio, dovuta ad una sensibilità elevata a dosi minori di alcolici rispetto alla popolazione maschile, maggiori episodi di ricaduta a seguito di eventi stressanti, rischio più elevato di complicanze mediche, prevalenza di disturbi dell'umore e ansia in comorbilità, maggiori resistenze ad iniziare percorsi trattamentali, sono state riportati dalle più recenti rassegne scientifiche. Riteniamo che proprio le maggiori resistenze ai percorsi trattamentali riscontrate nella popolazione femminile confermino la presenza di importanti peculiarità di genere di tipo affettivo, familiare, di responsabilità genitoriali, di stigma e isolamento, che si aggiungono alle classiche variabili culturali, psicologiche e, in forma più generica, psicosociali. Peculiarità che assumono

quindi un ruolo decisamente primario nella evoluzione clinica e nella risposta ai trattamenti e che rendono il solo obiettivo della remissione, inteso di per sé come raggiungimento di una parziale o totale sobrietà, un risultato evidentemente limitativo. Un approccio di lavoro non più basato unicamente su esiti di sobrietà ma anche su percorsi personali orientati al recupero di un valido funzionamento esistenziale secondo un concetto paradigmatico come quello di personal recovery, appare presentarsi come strumento valido nel captare e affrontare le multidimensionalità dei singoli casi di AUD e le variabili evidenziate nei singoli percorsi nella popolazione femminile.

Applicato alle problematiche di AUD e intrecciandosi con il suo sviluppo nella salute mentale, il paradigma della personal recovery si è sviluppato a partire dai classici punti essenziali quali il recupero di connessioni, la speranza nel futuro, l'acquisizione di identità, il significato della vita e l'autopotenziamento, focalizzandosi su due metodologie distinte: una basata sull'astinenza e l'altra sul funzionamento esistenziale. Nel 2007 il Betty Ford Institute Consensus Panel e la Conference Report del Center for Substance Abuse Treatment hanno proposto definizioni di recovery centrate essenzialmente sul raggiungimento e sul mantenimento nel tempo della sobrietà, posto come unico parametro a partire dal quale mantenere uno stile di vita sano, responsabile, adeguato. Nel 2012 a cura del SAMHSA e nel 2019 nel Recovery Science Research Collaborative meeting sono state altresì proposte concettualizzazioni di recovery maggiormente estensive, orientate allo sviluppo di un processo, sia intenzionale che dinamico, focalizzato al potenziamento personale di uno stato di benessere e salute e al cambiamento delle prospettive di vita, del tutto anteposto alla richiesta di raggiungimento di una stabile sobrietà e che tiene in conto le peculiarità individuali.

Obiettivi

La questione della prolungata e resistente cronicità clinica degli AUD ci pone interrogativi essenziali su come la multidimensionalità del paradigma della recovery, possa trovare o meno ampia applicazione nello sviluppo di approcci terapeutico-riabilitativi che vadano oltre il mandato prioritario della remissione sintomatologica, la conquista e il mantenimento di una adeguata sobrietà, per orientarsi al recupero di un valido funzionamento esistenziale e all'insieme dei processi di cambiamento personale, relazionale e sociale. Abbiamo quindi provato a valutare l'entità delle aspettative che si sono aperte intorno le metodologie di recovery proposte, attraverso uno studio di osservazione retrospettivo in linea con la letteratura sull'argomento, applicato ai percorsi terapeutico-riabilitativi svolti da ospiti della Comunità

Incontro, scelti in un campione tutto di sesso femminile e con prevalenza di diagnosi primaria di AUD. Inoltre l'osservazione è stata ulteriormente focalizzata verso gli sviluppi possibili di un approccio multidimensionale centrato sulla persona cercando di ricavare dei parametri utili per una riflessione rispetto ai due paradigmi in discussione, remissione e recovery, collegandoli infine con le peculiarità di genere femminile nelle problematiche di AUD, come illustrato nella Fig.1 di Study Design.

Metodo

Le ospiti della Comunità osservate, in numero di 36, con età media di 43 anni, hanno in comune la caratteristica di essere state inserite negli ultimi due anni sia in programmi individuali multidisciplinari attenti alle peculiarità cliniche e di genere, che in vari momenti all'interno di un lavoro psicoterapeutico strutturato di gruppo intensivo e continuativo orientato alle problematiche alcol correlate.

Per la valutazione della remissione nelle ospiti sottoposte ad osservazione sono stati di riferimento i criteri dell'ICD-11: l'osservazione si è svolta su ospiti situate in ambiente controllato, attraverso il puntuale monitoraggio diagnostico e clinico- terapeutico durante la permanenza in Comunità e dopo l'effettuazione di uscite autorizzate (verifiche, permessi e reinserimenti esterni). Si è ritenuto come criterio valido l'essenziale raggiungimento di una remissione totale, senza la presenza di sintomatologia residua, sia iniziale (più di 1 mese ma meno di 12) che protratta (oltre i 12 mesi).

Per l'individuazione di possibili elementi indicativi di un percorso personale di recovery adeguati ad uno studio osservazionale nel contesto del programma comunitario sono stati valutati in successione dai più semplici ai più evoluti:

- Il superamento delle resistenze ad accettare la propria condizione di alcolismo, le sue conseguenze e il relativo programma riabilitativo nella sua centralità
 - Il raggiungimento di un'iniziale capacità di trascendere la propria problematica di dipendenza accettando di sostenere un ruolo attivo nella Comunità
 - L'apprezzare e sostenere il sentirsi libera da sintomi fisici e psichici ed il riuscire ad avere una reale capacità di sentirsi al sicuro in un luogo di cura senza proiezioni ambivalenti all'esterno
 - Il raggiungimento di una capacità di progredire non solo nei compiti del programma comunitario ma anche nella revisione della propria vita senza cadere in stati di stress marcato e/o ricadute
 - Lo sviluppare la forza di recuperare il proprio potenziale individuale per orientare la propria vita secondo quanto costruito nel percorso riabilitativo compiuto.
- L'intero lavoro dell'équipe multidisciplinare viene pun-

tualmente riportato nella piattaforma digitale di Gestione Regionale delle Dipendenze consentendo in tal modo la raccolta di dati completi e aggiornati sui percorsi comunitari individualizzati.

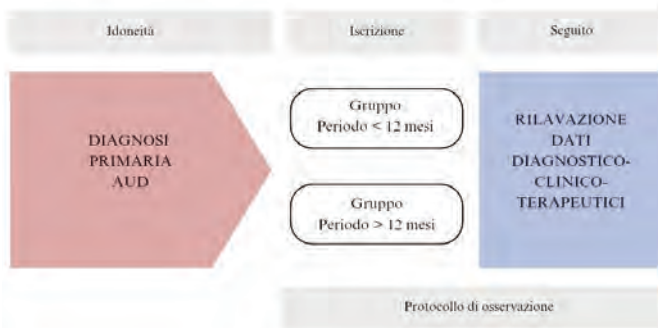
Risultati

Attualmente entrambi gli approcci metodologici di recovery riportati appaiono, da un versante scientifico, limitati al solo porsi come orientamenti di campo in cerca di definitive validazioni formali, mentre, da un versante riabilitativo e terapeutico, sono ancora da sviluppare esperienze avanzate di ampio respiro e condivisibili tali da determinare una netta propensione per l'uno o l'altro.

Il nostro studio osservazionale, riportato nella Fig. 2 di Sintesi dei Risultati, supporta l'evidenza di una diretta corrispondenza clinica tra il mantenimento di una valida remissione e la programmazione di un trattamento comunitario sufficiente ad avviare un percorso costante di recovery, ma anche, nel contempo, che la sola remissione completa non è garanzia del compimento del percorso di recovery nella maggior parte o totalità degli elementi elencati nell'evoluzione del percorso comunitario. Come osservato, non tutte le ospiti in remissione completa iniziale giungono a superare i 12 mesi di comunità: su 13 ospiti con meno di 12 mesi di comunità in numero di 3 sono ricadute e hanno abbandonato, mentre le ospiti invece che hanno raggiunto una remissione completa maggiore o uguale di 12 mesi hanno comunque interrotto il percorso, seppur in percentuale inferiore: su un totale di 23 ospiti in numero di 4 sono ricadute mentre sono in 5 ad avere abbandonato.

Nello specifico della valutazione del percorso di recovery si è evidenziata la difficoltà delle ospiti a progredire nei passaggi evolutivi richiesti dal programma: coloro che hanno abbandonato entro i 12 mesi difficilmente hanno superato i primi due semplici passaggi, di accettazione della problematica e di ruolo attivo che trascenda la dipendenza, restando ferme a schemi ripetitivi e senza riuscire a potenziare le proprie capacità, mentre le ospiti che hanno superato i 12 mesi, pur raggiungendo il terzo elemento in successione del programma mostrando di sentirsi in ambiente sicuro nella comunità senza proiettarsi ambivalentemente verso l'esterno senza risorse, hanno mostrato evidenti difficoltà a progredire nel programma di cambiamento prive di stati di tensione, riuscendo al massimo a sostare a tratti in una dimensione di revisione della propria vita, con rischi reiterati di rotture del programma. Le cause principali delle difficoltà osservate nelle ospiti nel portare avanti un percorso di recovery avanzato riguardano in special modo le singole peculiarità individuali e sono apparse legate alla diffi-

Figura 1. Study Design



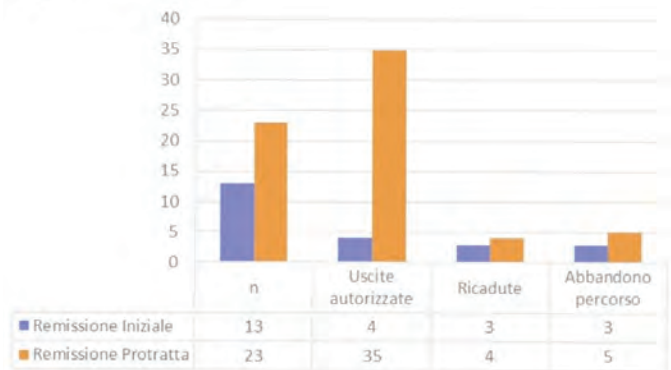
coltà di superare la dimensione dello stigma e alla difficile accettazione della propria condizione, alla riproposizione di traumi e sensi di colpa, al complesso confronto con il mondo esterno, con il timore della marginalità, alle problematiche di genitorialità o familiari.

Conclusioni

La nostra osservazione prospettica induce a confermare il pensiero che la proposta di limitare il paradigma di recovery nelle condizioni di AUD al solo raggiungimento della remissione e sobrietà, comporta un fallimento delle possibilità di cogliere le multidimensionalità e peculiarità delle singole individualità, che nel caso peculiare della popolazione femminile, interessa anche aree complesse e traumatiche come lo stigma, il riuscire a rapportarsi con il mondo esterno, i sensi di colpa, la genitorialità, ognuna necessitante di un lavoro individualizzato complesso e non breve di tipo multidisciplinare. Altresì focalizzare il lavoro terapeutico principalmente su un processo dinamico di acquisizione di forza individuale e di recupero di capacità sociali ed essenziali, richiede approcci terapeutici totalmente centrati sulla persona, capacità individuali d'intenzionalità costante al proprio cambiamento e un'attenzione agli essenziali profili di supporto relazionali, economici, sociali e di educazione alimentare, a nostro avviso di improbabile riuscita senza l'acquisizione di una correlata remissione clinica totale protratta e una stabile sobrietà.

Ulteriori considerazioni in studi strutturati e validati da protocolli condivisi sono auspicabili per approfondire le osservazioni e valutazioni che emergono dai percorsi terapeutici irti di sfide cliniche e di difficoltà che la dimensione clinica di AUD presenta e che si associa ad enormi costi di salute psichica, fisica e socioeconomica.

Figura 2. Sintesi dei risultati



Riferimenti bibliografici

Agabio R., Pisanu C., Gessa G.L., Franconi F. (2017) Sex difference in Alcohol Use Disorders. *Current Medical Chemistry*, 24, 1-10.

Ashford R.D., Brown A., Brown T., et al. (2019):Defining and operationaling the phenomena of recovery: a working definition from the Recovery Science Research Collaborative. *Addict Res Theory*,27(3), 179-188.

Best D., Beckwith M., Haslam C. et al. (2016): Overcoming alcohol and other drug addiction as a process of social identity transition: the social identity model of recovery (SIMOR). *Addict. Res. Theory*, 24 (2), 11-123.

Betty Ford Institute Consensus panel. What is recovery? A working definition from the Betty Ford Institute (2007): *J. Subst Abuse Treatment*, 33 (3), 221-228.

Minero V.B., Best D., Brown L., Patton D., Vanderplasschen W.(2022): Differences in addiction and recovery gains according to gender-gender barriers and specific differences in overall strenghts growth. *Substance Abuse Treatment, Prevention and Policy*, 17:21.

Substance Abuse and Mental Health Service Administration, Center for Substance Abuse Treatment, National Summit on Rcovery: Conference Report, 2007.

Area tematica 4 PREVENZIONE: interventi e contesti

4.1

DIPENDENZE FAMILIARI

Girardi M.

SerD Rozzano (ASST Melegnano Martesana) - Rozzano - Italy

Keyworlds:

Lealtà- Giustizia

Fiducia- Reciprocità

Debito- Dono

Alleanza - Filiazione

Dr.ssa Maria Enrica Girardi

Psicologa Psicoterapeuta Familiare a indirizzo sistemico relazionale

riferendomi alle “Lealtà invisibili” soggiacenti e che sono alla base della coesione familiare, con riferimenti a “modelli relazionali nocivi” e alle espressioni di disagio nelle sue diverse forme quando il bilancio fra debiti e crediti mette in sofferenza il sistema.

Farò riferimento all’integrazione di modelli secondo la teoria sistemica di Scabini & Cigoli, Boszormenyi-Nagi, dell’attaccamento di Bolbow e dei più recenti interpreti della scuola sistemica, Cambiaso, Berrini & Cirillo.

Offrirò una breve analisi degli interventi e strategie riparative possibili nella panoramica scientifica evidence-based secondo una prospettiva ecologica/relazionale.

Contesto familiare e stili relazionali nocivi

Considero la dipendenza come espressione di una sofferenza del sistema familiare; l’intento che mi propongo è quello di analizzare il contesto relazionale e familiare del paziente con problematiche di dipendenza e stimolare la riflessione sulla rilevanza che tale contesto assume nello sviluppo e nell’esordio di comportamenti disadattivi e distruttivi utilizzando il Paradigma Relazionale Simbolico.

Il concetto di “Transizione” nei passaggi critici del CdV, rappresenta l’elemento cardine di questo approccio, sposterò l’attenzione dalle caratteristiche individuali a quelle relazionali per cercare di ampliare i significati alla base delle condotte a rischio attraverso una lettura che permetta di analizzare i passaggi e le transizioni che la famiglia affronta e sul significato comunicativo che le condotte disadattive esprimono lungo l’asse trigenazionale.

Presenterò l’efficacia del G.F. come strumento anamnestico utile nell’evidenziare la storia e le strategie di (dis) adattamento che il sistema Familiare ha sperimentato nell’affrontare i compiti e le transizioni specifiche del CdV, gli eventi ricorrenti e stressogeni presenti in un’ottica trigenazionale.

Analizzerò concetti cardine della teoria dello scambio

4.2

ADOLESCENZA E DIPENDENZE

Pilo M.*, Foddai M.S.*, Fiori G.M.*, Mattia S.***, Pulino F.***, Taras F**.**

Azienda ASL N 1 DSMD SerD - Sassari - Italy

* Dirigente Psicologa, Dirigente Psichiatra, - S.C. Area Dipendenze Patologiche – Sassari

** Psicologi Tirocinanti - S.C. Area Dipendenze Patologiche – Sassari

Uso di sostanze Legali ed Illegali e Internet Addiction in un campione di 615 ragazzi di età 14/17 di 2 istituti Superiori di sassari- classi 1° e 2°

Topic Prevenzione: Interventi e Contesti

Il Progetto

Nell'anno Scolastico 2023/24 l'équipe di Prevenzione del SerD ha condotto un Progetto dal titolo "Adolescenza e... Dipendenze" in 12 Classi Prime dell'Istituto Tecnico Industriale "G. M. Angioy" ed 11 Classi Prime e 4 Seconde del Liceo Scientifico "G. Spano" di Sassari per un totale di 27 Gruppi classe. Il Progetto concordato con i rispettivi Gruppi di Educazione alla Salute, 17 Docenti, si è articolato in:

- 1 incontro di preparazione e di informazione di tutte le classi coinvolte da parte degli Insegnanti coordinatori di classe,
 - programmazione e calendarizzazione degli incontri,
 - 1 Intervento di Informazione e Formazione in Classe con gli operatori del SerD,
 - Somministrazione di Questionari di valutazione e di Gradimento,
 - 1 un evento finale in plenaria con la presentazione degli elaborati di ciascun gruppo classe.
- Operatori coinvolti: 6: Dott.ssa Pilo Psicologa coordinatrice dell'équipe, Dott.ssa Foddai Medico Psichiatra, Dott.ssa Fiori Psicologa specializzanda in psicoterapia, Dott. Mattia Psicologo specializzando in psicoterapia, Dott.ssa Pulino Psicologa tirocinante, Dott.ssa Taras Psicologa tirocinante.

Campione

615 studenti di cui 200 Femmine e 415 Maschi di età compresa tra i 14 e 17 anni, e rappresentativo sia del contesto socio ambientale cittadino che dei paesi limi-

trofi. Dal punto di vista statistico non sono state rilevate differenze significative nella tipologia di dipendenza e del consumo di sostanze.

Metodologia

Gli interventi con il Gruppo classe (2 ore ciascuno) sono basati sulla metodologia dei Gruppi di Apprendimento di tipo esperienziale, che comprende circle time, ascolto attivo non giudicante, brainstorming, rilevazione delle loro dipendenze ed esperienze relative alle stesse, report dei contenuti espressi alla lavagna, discussione e restituzione al gruppo classe.

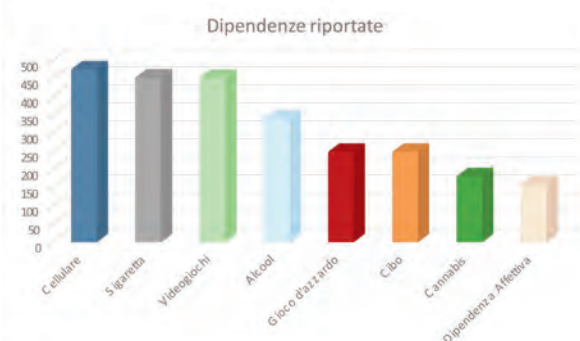
Finalità

Accrescere negli studenti i livelli di conoscenza e di consapevolezza e responsabilizzazione per sé e per gli altri, rispetto alle dipendenze da sostanze e comportamentali, con l'obiettivo di promuovere la propria salute-benessere in adolescenza.

Attività

In ogni classe, dopo un primo momento conoscitivo e di definizione delle regole, è stato chiesto a ciascun studente di riportare su un bigliettino anonimo le proprie dipendenze, tramite la tecnica del brainstorming. Dopo la raccolta ogni ragazzo è stato invitato ad esprimere la propria opinione. Ogni opinione è stata riportata sulla lavagna, rielaborata e restituita dagli operatori. Qui di seguito vengono riportate le dipendenze più frequenti per i ragazzi nel loro contesto relazionale e sociale.

Fig. 1 – Le dipendenze riportate



Discussione: Aspetti Positivi Aspetti Negativi

- Dipendenza da Cellulare

Il cellulare rappresenta la dipendenza più riportata fra tutte, per entrambi i sessi.

Per "telefono/cellulare" i ragazzi intendono: l'utilizzo dei social (principalmente Instagram, Tik Tok), App di messaggistica (Whatsapp e Telegram) e videogiochi (Brawl Stars ecc.) I ragazzi e le ragazze sono consapevoli di spenderci una quantità di tempo eccessiva, stimata dalle 3/8 ore giornaliere. Tra gli aspetti positivi

riferiscono la possibilità di tenersi costantemente in contatto con gli amici, mentre tra gli aspetti negativi riportano l'isolamento causato dall'utilizzo protratto del telefono, il quale preclude la condivisione sociale. A questo proposito, molti adolescenti riferiscono di aver vissuto veri e propri periodi di ritiro sociale, negli anni della Scuola Media (11/13 anni).

Per quanto concerne le modalità di utilizzo del telefono, una delle funzioni più utilizzate è quella relativa ai social: i ragazzi riconoscono come i contenuti possano influenzare la loro visione del mondo e di sé stessi, e creare un modello idealizzato ed irraggiungibile. È presente già a questa età, la consapevolezza, del rischio di possibili adescamenti in rete.

- **Dipendenza da Sigaretta**

Pur facendone uso, i ragazzi ritengono che il fumo di sigaretta sia molto dannoso: "Fa male allo sviluppo". Questa consapevolezza, a parità di dannosità di altre sostanze, non è invece stata maturata per l'alcool, la cui pericolosità viene sempre valutata in modo "dose-dipendente". La consapevolezza dei rischi del fumo potrebbe essere ricondotta all'importante campagna anti-fumo promossa negli ultimi decenni dal Sistema Sanitario Nazionale. È stato riscontrato che il fumo di sigarette a combustione è sostituito o integrato dall'uso di sigarette elettroniche, considerate più socialmente accettabili e smart. (Es: Puff o IQOS)

- **Videogiochi**

I videogiochi, riportati come dipendenza in una proporzione 70/30 maschi/femmine, sono ritenuti una forma di svago, che consente la possibilità di vivere e interagire con realtà virtuali non altrimenti possibili. Il contenuto del gioco (aggressivo e non) per alcuni è in grado di influenzare la messa in atto di comportamenti aggressivi, (la letteratura suggerisce che il contenuto è in grado di favorire i comportamenti aggressivi solo in coloro che li manifestano già, o che presentano fattori di rischio quali disagio socio-economico e modelli parentali disfunzionali).

Si evidenzia tuttavia un discontrollo della rabbia, con conseguente messa in atto di acting out nei confronti degli oggetti circostanti a seguito di frustrazioni riportate nei giochi.

Alcuni adolescenti riportano di essersi immersi nei videogiochi al punto di essersi isolati dalla realtà circostante e di esserne usciti solo con l'aiuto e il confronto con genitori e amici. Emerge inoltre che già dagli 11 anni i ragazzi "upgradano" il livello nei videogiochi, spendendo somme considerevoli per la giovane età con il consenso dei genitori. Tale comportamento potrebbe essere considerato un precursore della dipendenza da

gioco, del quale i ragazzi ed i loro genitori appaiono assolutamente inconsapevoli.

- **Uso e Abuso di Alcool**

L'uso di bevande alcoliche (birra shortini cocktail) non viene considerata una dipendenza, bensì una forma di svago assolutamente normale in quanto associata a momenti di divertimento: feste, eventi serate ecc. L'alcool non è ritenuto dalla maggior parte degli adolescenti una sostanza psicoattiva e, differentemente dal fumo, non se ne percepisce la dannosità, che viene sempre valutata in base alla quantità assunta (dose-dipendente).

Riconoscono tuttavia che il consumo di alcool abbia un maggiore impatto su un corpo ancora in sviluppo rispetto a un corpo adulto: "Fa male perché non siamo ancora sviluppati". L'alcool è inoltre una sostanza socialmente connotata e si ritiene che favorisca e faciliti la socialità. I ragazzi differenziano il loro consumo di alcool da quello degli adulti, e riferiscono una benevola tolleranza rispetto al fenomeno da parte dei genitori. Il consumo di alcool non è esente da forme di condizionamento sociale, alcuni ragazzi riportano infatti: "Se avessi amici che non bevono non berrei".

- **Gioco d'Azzardo**

Per quanto concerne il gioco d'azzardo, le modalità tramite le quali si esplica sono: Slot Machine, Schedine di scommesse sportive, Gratta e Vinci, scommesse fra amici.

Nonostante in Italia non sia consentito l'accesso alle piattaforme, slot o qualsiasi forma di Gioco d'Azzardo ai minori, questo divieto viene spesso aggirato con la complicità degli adulti, quali parenti, amici maggiorenni e/o conoscenti.

È emerso che gli adolescenti sopravvalutano la loro possibilità di controllo sui meccanismi che regolano le scommesse.

- **Cibo**

Per dipendenza da cibo i ragazzi intendono cibo "consolatorio", come dolci, bevande gassate e fast food. I ragazzi affermano che queste tipologie di cibo siano dannose solo se si eccede nel loro consumo. Sono emersi talvolta dichiarazioni di comportamenti alimentari di tipo restrittivo ma scollegati da una vera e propria consapevolezza di rischio di incorrere in un Disturbo del Comportamento Alimentare (DCA).

- **Uso e Abuso di Cannabis**

La cannabis è utilizzata a scopo per lo più ricreativo e talvolta come "valida alternativa" all'alcool. Alcuni ragazzi riferiscono di utilizzarla al fine di rilassarsi, inol-

Fig. 2

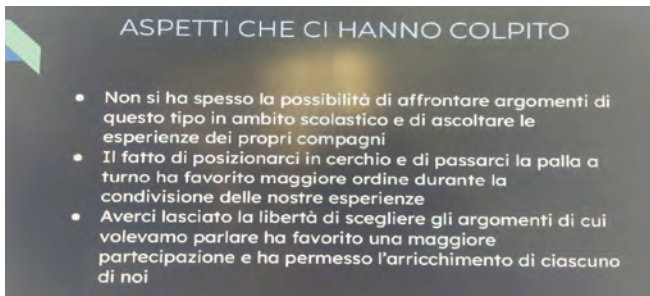
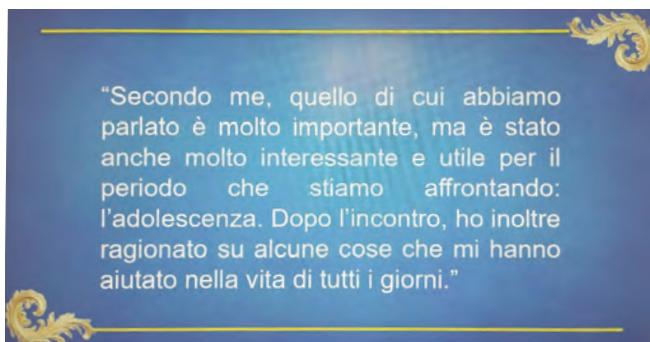


Fig. 4



tre descrivono che tramite l'uso di questa sostanza riescono a sentire ed esprimere meglio le proprie emozioni e sensazioni. Emerge anche per la cannabis, che le principali fonti di informazione sugli effetti della sostanza siano i social e internet.

• Dipendenza Affettiva

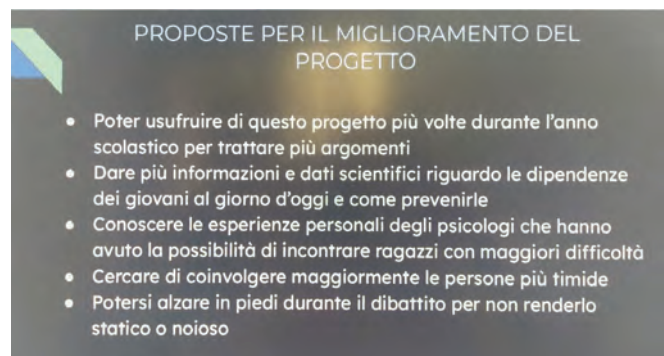
“Se dipendi troppo da una persona a cui vuoi bene diventa una relazione tossica”.

È emerso che gli adolescenti, in questo caso in maggioranza ragazze, connotano negativamente ogni forma di dipendenza emotiva dagli altri, siano essi amici o partner. Tali affermazioni possono essere ricondotte a topic molto comuni sui social, che correlano la dipendenza affettiva al fenomeno dello stalking del revenge porn e dei femminicidi.

Risultati

L'indagine sopra riportata evidenzia come la visione degli adulti siano genitori, insegnanti o educatori, rispetto alle dipendenze in questa fase evolutiva, sia molto divergente da quella degli adolescenti. Laddove gli adulti sono preoccupati prevalentemente dall'uso delle sostanze illegali, trascurando le sostanze legali e le dipendenze comportamentali, i ragazzi che abbiamo osservato nel campione in esame, si considerano “in tempo di rischio” rispetto alle dipendenze comportamentali e relazionali. Sono queste le dipendenze rappresentative del contesto socio ambientale, nel quale si muovono e si relazionano gli adolescenti. I dati emersi nell'indagine sul nostro campione confermano quelli

Fig. 3



rilevati dalla Relazione Annuale al Parlamento sul fenomeno delle dipendenze, nel settore consumi e tendenze fra i giovani del 2024.

Conclusioni

I questionari di gradimento hanno evidenziato che l'incontro con professionisti non giudicanti ha consentito ai ragazzi, di elaborare in maniera critica la loro visione delle dipendenze, spesso parziale e non scientificamente supportata.

Negli elaborati finali gli studenti hanno riferito di avere migliorato la conoscenza e la consapevolezza sui possibili consumi problematici di sostanze, hanno chiesto di replicarlo il prossimo anno supportando così i risultati attesi. (Vedi fig.2, fig. 3, fig. 4)

Bibliografia Essenziale

- Bandura A (1977) Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*,84 (2) 191-215
- Bion W.R. (2009) *Apprendere dall'esperienza* Armando Roma
- Costabile A., Bellacicco D., Bellagamba F., Stevani J. (2011), *Fondamenti di psicologia dello sviluppo* La terza Bari
- Korte M. (2020) The impact of the digital revolution on human brain and behaviour: where do we stand?: *Dialogue in Clinical Neuroscience*, 22(2)101-1011.
- Lucchini A. (2024) *Consumi e Dipendenze in Adolescenti e Giovani adulti* – Franco Angeli Milano
- Lugoboni F. & Zamboni L. (a cura di) (2018) *In sostanza: Manuale sulle Dipendenze patologiche* Ed CLAD Verona
- Polidori E. 2018 – Perché la prevenzione funziona poco nei DUS? - in Lugoboni F. & Zamboni L. (a cura di) (2018) *In sostanza*.
- 2024 - *Relazione Annuale al parlamento sul fenomeno delle dipendenze in Italia*.
- Siegel D.J. (2014) *La mente adolescente* -Raffaello Cortina Milano

4.3

INTERVENTI DI CONSULENZA INDIVIDUALE E DI GRUPPO PER FIGLI DI PAZIENTI ALCOLISTI. UN'ESPERIENZA DI PREVENZIONE NELL'ASST OVEST MILANESE

Roncoletta K.^[1], Bielli G.^[1], Covini N.^[2]

^[1]ASST Ovest Milanese - Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze - Legnano (MI) - Italy,

^[2]ASST -Ovest Milanese S.C. Laboratorio Analisi - Legnano (MI) - Italy

I figli esprimono bisogni di maggiori informazioni riguardo la patologia del genitore, strategie efficaci, condivisione e gestione di emozioni quali rabbia e senso di colpa, sostegno per l'evitamento degli agiti, orientamento ai propri obiettivi. Fondamentale considerare i figli adulti di alcolisti come popolazione prioritaria per la prevenzione.

Dopo un'attenta analisi della letteratura scientifica riguardante i figli di persone affette da Disturbo da Uso di Alcol, ci siamo chiesti se gli interventi di prevenzione citati nella mission dei SERD non dovessero includere ed anzi essere primariamente indirizzati proprio a loro. L'esperienza clinica infatti ci porta ad osservare quante volte figli di pazienti seguiti in passato, chiedono aiuto poi ai nostri servizi essi stessi con una Dipendenza Patologica o in quanto accompagnatori di un partner alcolista/tossicodipendente. Tale esperienza clinica, supportata da diverse ricerche scientifiche, ci ha portato ad aprire presso il NOA di Legnano uno sportello di consulenza dapprima solo individuale, poi anche grup- pale rivolto a giovani figli di pazienti alcolisti.

Abbiamo considerato le ultime indicazioni del Libro Bianco dell'Alcolologia del Ministero della Salute 2022 quando in più punti sottolinea l'importanza della prevenzione e dell'informazione, così come il bisogno che non solo il paziente ma la sua famiglia partecipi ad un programma trattamentale.

Nel 2022 la Conferenza Nazionale Alcol che aveva come titolo "Informare, educare, curare: verso un modello partecipativo ed integrato dell'alcolologia italiana" sottolineava l'importanza di:

- rafforzare la prevenzione;

- ridurre la diffusione e la gravità di danni alcol-correlati quali gli incidenti e gli episodi di violenza, gli abusi sui minori, la trascuratezza familiare e gli stati di crisi della famiglia;
- provvedere ad assicurare una migliore protezione dalle pressioni al bere per i bambini, i giovani e coloro che scelgono di astenersi dall'alcol;
- aumentare la diffusione dei metodi e strumenti per l'identificazione precoce della popolazione a rischio.

Abbiamo ritenuto che di questa popolazione a rischio facessero parte in prima istanza i figli degli alcolisti.

Abbiamo raccolto l'indicazione del Libro Bianco che sottolinea l'importanza di un approccio che coinvolga tutta la famiglia, quando nella pratica clinica spesso ci si ferma al coinvolgimento del partner, considerando troppo complesso o non utile il coinvolgimento dei figli maggiorenni, mentre in caso di rischio per il minore si attivano i servizi di competenza in un'ottica di rete (N.P.I., Consulteri, TM, privato sociale).

Abbiamo voluto approfondire la conoscenza della ricerca nella letteratura per comprendere i bisogni dei ragazzi ormai maggiorenni che hanno vissuto l'alcolismo in famiglia anche se non hanno mostrato segni evidenti di sofferenza tanto da essere presi in carico da servizi specialistici.

La letteratura/Background

Negli anni '70 e '80, sono emerse le prime pubblicazioni in materia, in concomitanza con la nascita dell'organizzazione "Adult Children of Alcoholics" negli Stati Uniti. In questi primi articoli, il termine "Children of Alcoholics (COA)" veniva utilizzato per riferirsi a tutti i bambini provenienti da famiglie con problemi legati all'alcol, mentre "Adult Children of Alcoholics (ACoA)" era riservato ai figli ormai adulti (Black, 1981). Da allora, per oltre tre decenni, la ricerca scientifica ha messo in luce l'influenza negativa che l'alcolismo dei genitori ha sulla vita dei loro figli.

La dinamica familiare, priva di fiducia e intimità, e in cui spesso vigono regole non scritte che impediscono di parlare del problema presente, può contribuire a creare un ambiente disfunzionale che genera insicurezza nelle relazioni e difficoltà nel formare e mantenere legami intimi (Ólafsdóttir et al., 2018; Orjasniemi & Kurvinen, 2017).

Come evidenziato da Caan (2013), i danni causati alle famiglie dall'alcolismo dei genitori possono manifestarsi in varie forme, alcune visibili e dirette, altre meno evidenti ma altrettanto rilevanti.

Possono essere presenti difficoltà finanziarie dovute alla perdita di lavoro o alla spesa eccessiva per l'alcol, sepa-

razioni dei genitori, decessi o affidamento dei bambini a terzi (Marshall, 2002).

A causa delle condizioni critiche che può affrontare una famiglia con uno (o più) membri affetti da alcolismo, gli ACoA possono sviluppare un Disturbo Post-Traumatico da Stress (PTSD) (Hall & Webster, 2007). L'infanzia degli ACoAs, oltre a quanto già menzionato in precedenza, può essere ulteriormente influenzata da un fenomeno chiamato parentificazione, parenting o "inversione di ruolo" (Kearney et al., 2000), che sembra persistere dall'infanzia fino all'età adulta (Pasternak & Schier, 2012).

All'interno dei sistemi familiari affetti dall'alcolismo, infatti, i figli spesso assumono prematuramente il ruolo di caregiver: strumentale - gestione delle finanze familiari, preparazione dei pasti o cura dei fratelli minori; emotivo - essere confidenti o mediatori tra i genitori (Kelley et al., 2007). Da adulti, coloro che hanno vissuto in famiglie caratterizzate da questa inversione di ruolo spesso sperimentano un'intensa vergogna e colpa, una bassa autostima e possono andare incontro a problemi quali depressione, tendenze suicide e disturbi psicosomatici. Inoltre, anche quando ormai maggiorenti, soprattutto se continuano a vivere con un genitore alcolista, spesso si ritrovano ad assumere il ruolo di caregiver, sia a livello strumentale che emotivo, sperimentando frequentemente un profondo senso di ingiustizia (Pasternak & Schier, 2012).

Nel panorama di ricerca italiano, il CART (Centro Alcolologico Regionale - Toscana) ha realizzato uno studio naturalistico osservazionale presentato al XXII Congresso SIA nel 2011. Tale studio evidenziava che i COAs presentano un rischio significativamente maggiore di sviluppare disturbi psichiatrici lungo tutto l'arco della loro vita rispetto ai non-COAs. Inoltre, essi hanno ottenuto punteggi più bassi nella Scala del Benessere Psicologico (PSWB) in sei dimensioni cruciali, tra cui l'autonomia, lo sviluppo dell'ambiente, la crescita personale, le relazioni positive con gli altri, i propositi nella vita e l'auto-accettazione (Londi et al., 2011). Nonostante le dimensioni limitate del campione impongano cautela nell'interpretazione dei risultati, studi con campioni più ampi hanno confermato e approfondito queste conoscenze. Ad esempio, un rapporto del National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (2010) ha indicato che gli ACoA spesso riportano ansia, solitudine, perfezionismo e difficoltà nella regolazione emotiva, come la gestione della frustrazione. I figli di genitori alcolisti sono più a rischio di sviluppare delinquenza e resistenza alle norme sociali (Kendler et al., 2021) e anche più esposti al rischio di sviluppare problemi legati all'uso e all'abuso di sostanze (Thor et al., 2022). In particolare, il 40% delle persone con un geni-

tore affetto da un disturbo da uso di alcol sperimenta un disturbo da uso di alcol nel corso della sua vita, mentre il 54% degli individui con entrambi i genitori affetti dalla patologia riferisce abuso di alcol per tutta la vita (Yoon et al., 2013).

La maggiore probabilità di sviluppare un disturbo da abuso di alcol è influenzata sia da fattori genetici per circa il 51% (Verhulst et al., 2015), sia dall'ambiente in cui il bambino cresce (Kendler et al., 2021)

Oltre all'utilizzo di sostanze, gli ACoAs presentano una maggiore probabilità di sposarsi in giovane età (inferiore ai 25 anni) e una maggiore probabilità di avere un coniuge affetto da Disturbo da abuso di alcol, rispetto alla popolazione generale (Salvatore et al., 2019).

Va sottolineato che non tutti i figli adulti di alcolisti affrontano gli stessi problemi. Crescere in una famiglia con problemi di alcolismo non implica necessariamente che un individuo sia destinato a sviluppare difficoltà, ma rappresenta un importante fattore di rischio.

Il ruolo della genetica e dell'epigenetica

L'alcolismo ha una eziologia multifattoriale, fattori ambientali e genetici influiscono sulla predisposizione ad assumere alcol. Lo stress, l'ansia e le patologie associate, sono stati spesso correlati un'aumentata propensione all'alcolismo (A), e l'epigenetica, quell'insieme di meccanismi in grado di regolare l'espressione genica senza che sia modificata la sequenza del DNA, sembra giocare un ruolo essenziale nel determinare questa propensione(1).

Le modificazioni epigenetiche sembrano infatti essere uno dei meccanismi attraverso cui, sia i disturbi "stress related" che il consumo alcolico inducono l'attivazione di processi intracellulari che determinano cambiamenti strutturali e funzionali nelle cellule nervose, a livello delle regioni sinaptiche. Si ritiene che i disturbi da uso di alcol (AUD) siano parzialmente ereditari, con stime del 49% di ereditarietà e circa il 10% di varianza dovuta a fattori ambientali (Verhulst et al., 2015). La predisposizione genetica al consumo rischioso di alcol può essere ereditata da un genitore alcolista (Heath et al., 1997), con polimorfismi a singolo nucleotide (SNP) correlati alla dipendenza, alla salute mentale e ai geni dell'infiammazione che potenzialmente svolgono un ruolo nel meccanismo sottostante che determina il rischio o la resilienza (Kranzler et al., 2019).

Le consulenze presso il NOA di Legnano

Le consulenze individuali rivolte ai figli sono iniziate nell'ottobre 2020, partendo dalla richiesta di sostegno da parte di due sorelle di 18 e 27 anni, che accompagnavano al servizio la madre.

L'apertura del servizio verso i figli è stata comunicata

tramite una brochure ai servizi del territorio (CPS, Consulteri, NPI) e naturalmente agli altri ambulatori per le dipendenze dando il via ad una collaborazione in rete. Dati complessivi delle consulenze nel periodo Ottobre 2020 - Luglio 2024:

In totale i figli che hanno ricevuto almeno una consulenza psicologica sono 46, con un'età che spazia dai 15 ai 52, media di 23,04 anni. 11 di loro ha partecipato al gruppo, 28 ha chiesto solo consulenze individuali e 7 di loro hanno usufruito di entrambe (Grafico 1).

26 di loro ha il padre alcolista, 15 la madre, 4 entrambi i genitori, 1 il patrigno (Grafico 2).

Totale incontri di gruppo n. 103. Totale incontri di consulenza individuali 98 da un minimo di 1 ad un massimo di 9 per ciascun figlio (Grafico 3).

I ragazzi del gruppo hanno un'età compresa tra 18 e 30 anni, con una media di 23,75 et  alla prima consulenza. Il range d'et    stato deciso in équipe al fine di rendere pi  omogenee le problematiche affrontate e rendere pi  efficace l'apporto preventivo.

Tempistiche del gruppo: la cadenza e la modalit  del gruppo   stata inizialmente influenzata dalle regole in tempo di pandemia. Inizialmente   stato seguito su piattaforma on line settimanalmente, poi nei periodi di apertura si   svolto in modalit  mista, qualcuno in presenza, qualcuno da remoto. Ora tranne rare eccezioni legate ad esigenze dei partecipanti, il gruppo ha cadenza quindicinale in presenza il venerd  dalle 17,30 alle 19.

Il Gruppo

Il gruppo   psicoeducazionale e i temi centrali affrontati sono finora stati:

1. ascolto delle emozioni e delle esperienze
 - sostegno all'espressione e allo svelamento delle emozioni connesse al rapporto con il genitore alcolista
 - espressione dei traumi, qualora ve ne siano, legati alla convivenza con il genitore dipendente
 - aiuto alla maggior considerazione dei propri obiettivi di vita
 - impotenza e lutto.
2. prevenzione all'abuso alcolico dei figli e agli atti violenti in famiglia e fuori casa
 - aiuto nella gestione di alcune emozioni soprattutto della rabbia
 - consapevolezza dei comportamenti legati alla Dipendenza e dell'influenza su tutti i familiari: menzogne, vittimismo, confusione tra trigger e cause dell'alcolismo
 - chi sono gli ACoA
3. educazione psico-sanitaria
 - spiegazione della Dipendenza come patologia, essenziale alla elaborazione di sensi di colpa, rabbia e rivendicazioni. I dati della patologia in Italia e nel

mondo.

- individuazione di schemi familiari funzionali alla dipendenza e di quelli funzionali alla cura. Ricerche su famiglie e coping: coinvolgimento, tolleranza ed evitamento
- come chiedere aiuto e creare una rete.

Tematiche principali affrontate

I primi incontri di gruppo e individuali sono per ogni ragazzo un'esplosione di emozioni: rabbia, impotenza, ansia e senso di colpa.

Tutte le emozioni sono importanti, ma ci soffermiamo molto sulla rabbia per le numerose volte che viene nominata nei colloqui. La rabbia viene vissuta e gestita a fatica, a volte in modo funzionale, altre volte meno. I figli si chiedono se provare rabbia ed agire la violenza sia normale.

Quando a causa dell'alcol l'aggressivit  prende il posto di una sana comunicazione,   facile passare agli agiti e la rabbia diventa violenza, talvolta da entrambe le parti, genitori e figli. Il dolore della violenza non si placa in breve tempo e si somma al disagio o al senso di colpa del giorno dopo. Anche se la violenza di un figlio   agita in modo difensivo non   portatrice di benessere. Il confronto nel gruppo aiuta a prevedere gli agiti, cogliere i segni premonitori dell'aggressivit  e cercare in ogni modo l'evitamento e l'aiuto. La rabbia pu  sfuggire al controllo e trasformarsi in impulsivit  aggressiva, sempre controproducente. La sensazione di liberazione e di sfogo adrenalinico, provata nell'immediato, svanisce in poco tempo lasciando il posto al senso di inadeguatezza, colpa e purtroppo a volte anche a nuovi problemi da affrontare per le conseguenze del gesto. Se si decide di non sfogarla, tenendola dentro di s  per anni, il rischio   che, sfoci in uno sfogo violento in tempi e circostanze non sospette, che hanno per  un aspetto in comune con gli eventi che la rabbia la facevano crescere.

La rabbia pu  essere giusta.   scatenata dalla forte convinzione di star subendo un'ingiustizia. Nel gruppo i figli si aiutano reciprocamente a mettere l'energia emotiva, anche della rabbia, per raggiungere un obiettivo personale. Ad esempio una ragazza ha trasformato la rabbia e la paura della precariet  vissuta, in una volont  di studiare e raggiungere per s  una posizione sociale solida.

Anche la assoluta inattivit  del genitore che beve, e non si adira, ma sta sul divano, pu  essere letta come una violenza anche se passiva. «Non faccio del male a nessuno quando bevo». La maggior parte dei figli che vivono situazioni simili esprimono per  pensieri depressivi legati al fatto di non essere degni dell'attenzione del genitore, non abbastanza bravi o capaci. Il mancato

ruolo di padre o madre, scatena nei figli da un lato una profonda preoccupazione per il benessere del genitore e il suo atteggiamento di ritiro sociale o depressivo, dall'altro provoca rabbia crescente per le carenze percepite.

I sensi di colpa possono essere successivi a pensieri di accusa verso se stessi, per non essere stati i figli desiderati, all'altezza delle aspettative dei genitori, in qualche modo, colpevoli anche dell'alcolismo in famiglia.

Affrontare la Dipendenza come una patologia, e come tale non causata da un'altra persona, aiuta ad attenuare o a far decadere completamente i sensi di colpa sull'origine o sull'aggravarsi dell'alcolismo del genitore.

Più tematiche riprendono la descrizione che Janet Geringer Woititz fa degli ACoA, tra le 13 caratteristiche da lei individuate queste sono quelle maggiormente riprese dai ragazzi nel gruppo:

1. giudicarsi senza pietà e far fatica a divertirsi
2. mentire
3. irresponsabilità
4. difficoltà nelle relazioni intime, in particolare sottolineata la codipendenza
5. l'ipervigilanza
6. chiedersi cosa è normale

Due tematiche sono comuni a tutti i figli cui abbiamo fatto consulenze, sia individuali che di gruppo: l'ansia generalizzata, pervasiva e i traumi, in taluni casi fino a giustificare un Disturbo Post Traumatico da Stress come Tian Dayton evidenzia in letteratura.

Se l'alcolismo viene vissuto in famiglia fin da bambino, il trauma prende il via proprio dal sentimento di essere preso in trappola in un mondo che spaventa. In quel momento chi è causa del trauma non è come in guerra un soldato con una diversa divisa, ma un genitore, proprio colui che è deputato a proteggere e supportare il figlio. Seguendo il suggerimento di Dayton proviamo a guardare con gli occhi di un bambino. È un doppio colpo: ha paura ed è spaventato dalla persona da cui dovrebbe andare normalmente per ricevere conforto e protezione e dal quale in altri momenti magari l'affetto lo riceve anche. La confusione emotiva è altissima. La gravità del trauma viene influenzata da diversi fattori, sia ambientali che interni al bambino.

Il trauma permane anche quando crescendo si lascia la famiglia d'origine e si pensa che non vivendo più direttamente l'alcolismo, questo non possa oltremodo influenzare. Più figli infatti raccontano di essere andati a vivere altrove con un grande senso di liberazione, ma che ciò sia durato poco. Se non aiutati, il pattern cognitivo-comportamentale, oltre che emotivo, rimane lo

stesso e i giovani si sono ritrovati a correre ancora alla casa genitoriale appena succedeva qualcosa, e a telefonare in ansia, e ad occuparsi dei fratelli minori rimasti con il genitore alcolista. Oppure senza esserne consapevoli, i trigger del trauma rimangono e sono presenti anche nelle nuove relazioni affettive iniziate da adulti. Dei 46 figli che hanno usufruito delle consulenze, 30 convivono con il pz alcolista, 9 sono fuori casa (una figlia va a convivere con il partner durante la frequenza al gruppo), 7 conviventi con il genitore sobrio in seguito a separazione, 1 ragazza rientrata a casa dalla madre alcolista per perdita di lavoro.

Tutti i sintomi individuati da Tian Dayton vengono più volte riscontrati nei figli che chiedono consulenza nella nostra ASST, ovvero:

- Ipervigilanza: gli ACoA sono spesso molto vigili, all'erta riguardo la famiglia, l'ambiente di lavoro e le relazioni. Ciò diventa un meccanismo di coping autoprotettivo.
- Requisiti di controllo: crescere in un mondo senza regole può portare a un'estrema focalizzazione sul controllo del loro comportamento attuale, così come del comportamento di coloro che li circondano. Questo può sfociare in problemi relazionali con i partner.
- Difficoltà nella gestione delle emozioni: crescere con un genitore alcolista significa imparare a nascondere i propri sentimenti e stati emotivi, specialmente quelli che vengono letti come negativi, come tristezza, rabbia, imbarazzo, frustrazione o vergogna. A volte è difficile gestire anche quelli positivi.
- Bassa autostima: gli ACoA si possono sentire a disagio con il riconoscimento o la lode, quand'anche fosse quello che stanno cercando. Possono essere molto sensibili a qualsiasi tipo di critica o feedback negativo percepito.
- Problemi di salute fisica e mentale: come con qualsiasi tipo di trauma o fatica prolungata, una cattiva routine di auto-cura e l'isolamento possono portare a problemi di salute fisica e mentale persistenti.

Discussione e conclusioni

Le osservazioni cliniche sulla base della nostra esperienza di 3 anni e 9 mesi, sci permettono di meglio definire la progettazione di interventi ad hoc per i figli delle persone con Dipendenze Patologiche anche in altri Dipartimenti per le Dipendenze.

Nel corso delle consulenze e degli incontri di gruppo, in più occasioni i giovani hanno dimostrato di optare per la rinuncia a facili e impulsive soluzioni violente, verbali o fisiche come nel passato, sono più consapevoli di considerare e trattare l'alcolismo e la tossicodipendenza come patologie e da ciò ne deriva minor senso di colpa e minor tendenza al controllo. Il confronto tra pari e l'utilizzo della mindfulness ha portato i ragazzi a porre dei

limiti negli interventi poco funzionali frutto dell'ansia. I figli gradualmente apprendono a distinguere quei meccanismi familiari che pretendono a mantenere la patologia da quelli più utili alla risoluzione di essa.

La conoscenza di base del ruolo della genetica e dell'epigenetica nei fenomeni di dipendenza, li fa riflettere e confrontare sulle proprie scelte riguardo alle sostanze psicoattive, portando a comportamenti preventivi adeguati.

La conoscenza dei servizi, del privato sociale e delle associazioni che si occupano di alcolismo sul territorio li ha aiutati a creare una rete di sostegno, invece che vivere la situazione familiare nella solitudine e nella vergogna.

La sollecitazione a pensare anche ai propri obiettivi ha modificato nella pratica alcune scelte: una ragazza che voleva lasciare la scuola al terzo anno delle superiori, sta continuando verso il diploma, un'altra che si era bloccata negli studi universitari a causa dell'ansia, ha ripreso a dare gli esami, un'altra ha lasciato la casa genitoriale ed è andata a convivere dopo aver procrastinato molte volte in passato a causa delle ricadute nell'alcol della madre. Inoltre tutti riferiscono maggior serenità ed equilibrio nell'affrontare le problematiche soprattutto per il discernimento di ciò che è loro responsabilità e cosa no.

La consulenza ai figli sta quindi avendo un ruolo fondamentale nella prevenzione verso:

1. l'abuso alcolico e di sostanze, con il fine di interrompere la catena generazionale
2. gli atti di violenza verbale e fisica
3. gli stati ansiosi.

Riferimenti bibliografici

- Black C (1981) *It Will Never Happen To Me*. Denver: MAC.

- Caan, W. (2013). Alcohol and the family. *Contemporary Social Science*, 8(1), 8-17.

- Hall, C. W., & Webster, R. E. (2007). Multiple stressors and adjustment among adult children of alcoholics. *Addiction Research & Theory*, 15(4), 425-434.

- Kearney, P., Levin, E., & Rosen, G. (2003). Alcohol, drug and mental health problems: working with families.

- Kelley, M. L., French, A., Bountress, K., Keefe, H. A., Schroeder, V., Steer, K.,... & Gumienny, L. (2007). Parentification and family responsibility in the family of origin of adult children of alcoholics. *Addictive behaviors*, 32(4), 675-685.

- Kendler, K. S., Ohlsson, H., Sundquist, J., & Sundquist, K. (2021). The rearing environment and the risk for alcohol use disorder: a Swedish national high-risk home-reared v. adopted co-sibling control study. *Psychological medicine*, 51(14), 2370-2377.

- Londi, I., Cosci, F., Patussi, V., Sirigatti, S. (2011). Caratteristiche di stato e di tratto dei figli degli alcolisti. Risultati preliminari di uno studio naturalistico-osservazionale, XXII Congresso SIA Torino.

- Marshall, J. E. (2002). Alcohol and society. In W. Caan & J. de Belleruche (Eds.), *Drink, drugs and dependence: From science to clinical practice* (pp. 82-92). Routledge.

- National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism. (2010). *Parenting to prevent childhood alcohol use* (NIH Publication No. 10-7467). U.S. Department of Health and Human Services, National Institutes of Health.

- https://www.niaaa.nih.gov/sites/default/files/publications/Parenting_To_Prevent_Childhood_Alcohol_Use_1.pdf

- Ólafsdóttir, J., Hrafnadóttir, S., & Orjasniemi, T. (2018). Communication and cohesion among family members of individuals with substance use disorder in Iceland with a focus on adult children of addicts. *Journal of Drug and Alcohol Research*, 7, 236061.

- Orjasniemi, T., & Kurvinen, A. (2017). HÄPEÄN PÄIVÄT, PELON YÖTLAPSUUDEN KOKEMUKSIA ONGELMAJUOVISTA VANHEMMISTA. *Janus*, 25(2).

- Pasternak, A., & Schier, K. (2012). The role reversal in the families of Adult Children of Alcoholics. *Archives of Psychiatry & Psychotherapy*, 14(3).

- Raitasalo, K., Holmila, M., Jääskeläinen, M., & Santalahti, P. (2019). The effect of the severity of parental alcohol abuse on mental and behavioural disorders in children. *European child & adolescent psychiatry*, 28, 913-922.

- Salvatore, J. E., Larsson Lönn, S., Long, E. C., Sundquist, J., Kendler, K. S., Sundquist, K., & Edwards, A. C. (2019). Parental alcohol use disorder and offspring marital outcomes. *Addiction*, 114(1), 81-91.

- Thor, S., Hemmingsson, T., Danielsson, A. K., & Landberg, J. (2022). Fathers' alcohol consumption and risk of substance-related disorders in offspring. *Drug and alcohol dependence*, 233, 109354.

- Verhulst, B., Neale, M. C., & Kendler, K. S. (2015). The heritability of alcohol use disorders: a meta-analysis of twin and adoption studies. *Psychological medicine*, 45(5), 1061-1072.

- Ministero della salute (2022) *Il libro bianco*. Gruppo redazionale del tavolo tecnico Janet Woititz (1983) *Adult children of alcoholics health* Communication, Inc.

Dayton Tian (2012) *The ACOA Trauma Syndrome: The Impact of Childhood Pain on Adult Relationships* Paperback

- A- S Moonat and SC Pandey *Alcohol Res*, 2012; 34(4):495-505

- 1- S Ciafrè et al *Biochemistry and cell biology*, 2019; 97(4):345-356

- <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2666354622000953#bib52>

Grafico 1

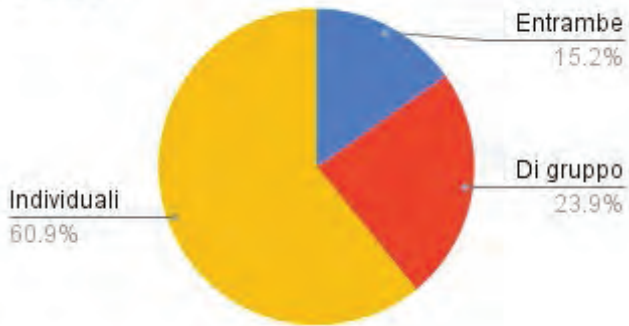


Grafico 2

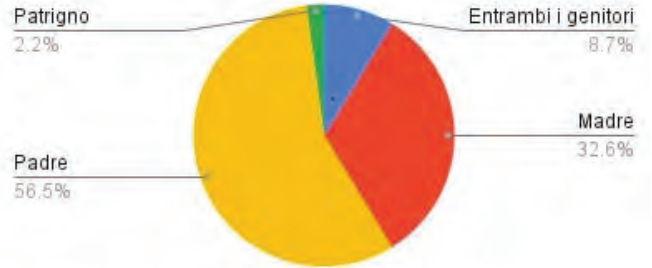
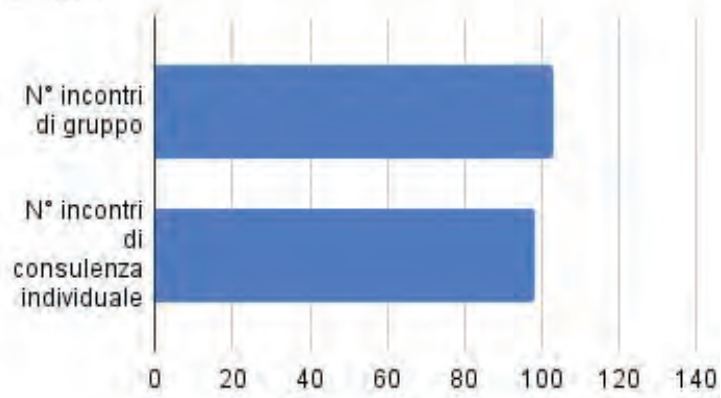


Grafico 3



4.4

LA CONSULENZA PSICOLOGICA PER LE DIPENDENZE NELL'OSPEDALE DI BOLZANO – STORIA ED EVOLUZIONE DI UNA ESPERIENZA CLINICA DAL 1985

Dal Cero U.*^[1], Andreatta C.^[2], Gruber S.^[1],
Rizzi I.^[2], Girelli M.^[2], Meraner B.^[2]

^[1]SerD Bolzano - Ospedale di Bolzano - Bolzano - Italy,

^[2]SerD Bolzano - Bolzano - Italy

Il Servizio di Consulenza Psicologica per le Dipendenze presso l'Ospedale di Bolzano offre dal 1985 interventi di consulenza, orientamento e psicoeducazione per pazienti degenti per i quali vengono diagnosticate patologie riconducibili ad uso dannoso, abuso/dipendenza da sostanze psicotrope e psicofarmaci. Presentiamo storia, attività e progetti.

La storia del Servizio

Il Servizio nasce sul territorio di Bolzano nel 1985 nell'ambito della consulenza alcolologica effettuata dal CRIAF (Centro Ricerca e Interventi per Problemi di Alcol e Farmacodipendenza), una associazione privata che si occupava, tra le altre cose, di consulenza a pazienti ospedalizzati e della presa in carico sul territorio dei pazienti con problemi di alcoldipendenza. Inizialmente, i pazienti venivano individuati da volontari del Centro e successivamente segnalati a due psicologhe di riferimento. In seguito, grazie a una maggiore chiarezza nel definire le competenze e la collaborazione, le segnalazioni potevano arrivare anche dai medici dei vari Reparti attraverso un modulo di richiesta consulenza.

Da quel momento, l'incarico è stato assegnato a due psicologhe che hanno iniziato a effettuare la consulenza alcolologica nei Reparti, con i seguenti interventi:

- Sensibilizzazione sul ruolo dell'alcol rispetto alla patologia collegata al ricovero, ruolo che solitamente tende ad essere minimizzato.
- Psicoeducazione di base sull'alcol e i suoi effetti.
- Accurata anamnesi alcolologica, affettivo-psicologica e sociofamiliare.

La presenza fisica di uno specialista delle dipendenze all'interno di un reparto ospedaliero doveva quindi garantire il raggiungimento di un primo obiettivo fonda-

mentale: individuare e contattare il maggior numero possibile di persone con problemi alcol-correlati. L'assunto clinico sottostante, valido ancora oggi, prevede che quanto più precocemente si interviene nel processo di abuso alcolico, tanto minori saranno i danni organici e della sfera psicosociale dell'individuo, nonché i costi sociali e sanitari derivanti dai problemi e da patologie alcol-correlate per la comunità (Angus et al., 2017).

Nel 1992, le due psicologhe venivano integrate tramite concorso pubblico nell'organico del SerT - Servizio Tossicodipendenze di Bolzano; in tal modo il servizio ha iniziato a occuparsi non solo di alcol, ma anche di sostanze, in particolare a favore di pazienti ricoverati nei Reparti di Psichiatria e Malattie Infettive.

Il lavoro dei medici in quel periodo era soprattutto quello di riparare i danni causati dall'alcol, mentre a livello psicologico si provava anche a prevenire la ricaduta. L'individuazione precoce dei comportamenti a rischio per la salute (tabacco, alcol e sostanze) non era all'epoca l'obiettivo principale dell'intervento sanitario ospedaliero. Uno degli obiettivi del servizio è sempre stato quello di sensibilizzare il personale sanitario. A tal scopo, sono stati sviluppati diversi progetti di sensibilizzazione del personale sanitario, attraverso progetti di screening, come vedremo di seguito.

Progetti specifici svolti dal Servizio

1999: Individuazione precoce di bevitori problematici nel Reparto di Gastroenterologia.

Alle persone classificate a rischio veniva fornito uno spazio informativo e motivazionale e, qualora necessario e possibile, un trattamento riabilitativo specifico.

2007- 2011: Rilevazione degli accessi al Pronto Soccorso per intossicazione da alcol e sostanze stupefacenti per giovani under 29 e intervento di prevenzione selettiva. Nel 2007 è stata condotta una rilevazione degli accessi al Pronto Soccorso per intossicazione da alcol e/o altre sostanze psicoattive per un periodo di sei mesi, da luglio a dicembre. Rispetto ai casi segnalati (fino all'età di 25 anni in questo primo progetto pilota), seguendo un approccio di prevenzione selettiva, mirato e personale, l'obiettivo era quello di favorire la riduzione di condotte a rischio, promuovere comportamenti sicuri e responsabili, aumentare nei giovani la consapevolezza dei rischi di abuso alcolico. Una seconda fase del progetto, della durata di 12 mesi, è stata portata avanti nel 2009 aumentando ai 29 anni l'età di accesso alla consulenza preventivo-informativa e prolungata fino al 2011. 2008: Screening alcolologico e intervento breve nei Reparti Chirurgia 1 e 2.

Lo screening con utilizzo di un questionario ad hoc, che esplorava le abitudini di consumo rispetto ad alcol e

tabacco, è stato somministrato per un periodo di sei mesi nel Reparto Chirurgia 1, nella sezione uomini, e nel Reparto Chirurgia 2, nella sezione donne. Su 281 pazienti ricoverati sottoposti allo screening, il 25% (N=71) è risultato positivo per consumo alcolico a rischio o abuso o dipendenza da alcol.

2013: Rilevazione del consumo di tabacco e bevande alcoliche e intervento breve nel Reparto di Medicina Interna.

Screening del consumo di alcol e tabacco nei pazienti ricoverati in Reparto e proposta di intervento breve ai pazienti positivi allo screening con finalità di informazione, sensibilizzazione, motivazione, ed eventualmente avvio al trattamento specifico.

2021: Protocollo di intervento psicologico in pazienti candidati al trapianto di fegato

Iniziato in fase sperimentale già nel 2015, questo importante progetto è stato ripreso nel 2021 ed è tuttora in corso. In collaborazione con il Reparto di Gastroenterologia e il Servizio Psicologico Ospedaliero è stato stipulato un protocollo operativo che stabiliva diverse tipologie di intervento psicologico e consulenziale:

a) Valutazione psicologica finalizzata all'inserimento in lista d'attesa per trapianto d'organo da donatore e monitoraggio del consumo di alcol e sostanze in questa fase (eventuale invio a servizi specialistici),

b) Sostegno psicologico nella fase post trapianto (monitoraggio primi sei mesi);

c) Il Follow Up: monitoraggio continuativo dello stato cognitivo e psicologico del paziente trapiantato. Tra gli obiettivi del follow up ritroviamo la prevenzione e la cura del distress psichico, cercando di garantire una adeguata qualità di vita e una sistematica ed efficiente assistenza alla persona. Almeno 12 mesi dopo il trapianto, in concomitanza con la visita medica, è previsto un primo colloquio per valutare la condizione psicologica e la qualità di vita. Nel caso in cui si rilevasse disagio emozionale tale da limitare la qualità di vita e compromettere l'aderenza al trattamento post trapianto, si valuta l'ipotesi di indirizzare la persona verso un percorso psicoterapeutico. esterno alla struttura ospedaliera.

2022: Consulenza rivolta a pazienti tabagisti ricoverati nel reparto di Pneumologia (Identification and Brief Intervention).

Il progetto prevede un'anamnesi infermieristica delle abitudini rispetto al fumo di tabacco e la conseguente attivazione della consulenza ospedaliera per la disassuefazione. L'intervento consiste in una consulenza della durata di circa 60 minuti secondo un approccio di tipo informativo e motivazionale, che utilizza strategie idonee a facilitare nel paziente fumatore la consapevolezza e a ridurre il rischio d'abuso. Se il paziente è d'ac-

cordo, può ricevere ulteriori colloqui.

La Consulenza Ospedaliera per le Dipendenze: procedure, obiettivi, ambiti di intervento.

Nel 2023 è stato ufficialmente modificato il nome del Servizio, per dare maggiore visibilità al lavoro svolto nel contesto ospedaliero e differenziarlo da quello territoriale del SerD. Il Servizio si chiama ora Consulenza Psicologica Ospedaliera per le Dipendenze e, in tedesco, Psychologische Suchtberatung im Krankenhaus. Presso l'Ospedale di Bolzano operano due psicologhe (1 di madrelingua tedesca ed una di madrelingua italiana con contratto part time 80%).

La richiesta di consulenza arriva generalmente tramite fax, mail o telefono. Nell'arco di 24 ore la consulenza viene effettuata negli spazi messi a disposizione da ciascun Reparto Ospedaliero. La reperibilità psicologica va dalle 8:00 di mattina alle 16:00 del pomeriggio (sabato e domenica esclusi). Il colloquio psicologico prevede la raccolta di informazioni sul paziente finalizzata a comprendere il ruolo del consumo di sostanze non solo in relazione al motivo della degenza ospedaliera, ma l'eventuale compromissione di aree di vita personale, interpersonale e lavorativa associate a quadri di abuso/dipendenza. Per ciascuna consulenza viene compilata una apposita scheda di rilevazione dei dati, che permette analisi cumulative sulla popolazione ospedaliera raggiunta e sulla distribuzione dei carichi di lavoro. Inoltre, la raccolta sistematica di dati clinici e psicosociali è funzionale a produrre report aziendali e istituzionali. A livello di indagine diagnostica sui quadri clinici di dipendenza e sugli aspetti motivazionali, si utilizzano - quando le condizioni psicofisiche del paziente degente consentono questo tipo di valutazione strutturata - il questionario MATE (Misurazioni per il Triage e la Valutazione nelle Dipendenze; Schippers et al., 2013) e la scala VMC2 (Valutazione della Motivazione al Cambiamento; Spiller, 2014). Al termine del percorso di consulenza -che può essere di durata superiore al singolo incontro- viene predisposta una relazione da inserire nella cartella clinica della persona ricoverata. Talvolta l'esito della consulenza si limita alla consegna al paziente di brochure informative sui servizi specialistici del territorio oppure di materiale psicoeducativo per favorire l'astinenza e il benessere mentale. In accordo con il paziente possono essere effettuati colloqui anche con i parenti, per tematizzare le implicazioni del ricovero, sensibilizzare il parente rispetto all'eventuale disfunzionalità nel pattern di consumo di sostanze alcoliche e psicotrope del familiare, evidenziare eventuali dinamiche interpersonali di codipendenza.

Il paziente con problemi di uso/abuso di sostanze, alcol o nicotina incorre di frequente in un ricovero ospedaliero.

ro per una malattia acuta occasionale non direttamente legata all'abuso, ma nel corso della quale si evidenziano i segni anamnestici o clinici di un uso a rischio o dannoso di tali sostanze. Negli ultimi anni si è assistito ad una evoluzione culturale dell'ambiente sanitario nei confronti della dipendenza e sta maturando la convinzione che ai pazienti con problemi correlati ad abuso di sostanze e alcol, ma anche nicotina, vada offerto un trattamento specifico post-degenza. Pazienti ricoverati per i più svariati problemi (ad es. pazienti con trauma ortopedico, con problemi gastroenterologici oppure pneumologici o soltanto per accertamenti medici) possono presentare sintomi di astinenza per le varie sostanze (es. nicotina, alcol, sostanze psicoattive). Il momento del ricovero può essere una chance per riflettere sui propri comportamenti additivi e rappresentare una opportunità per aumentare la motivazione ad uno stile di vita sano.

Il percorso di consulenza si sviluppa in maniera flessibile, in quanto prevede interventi molto differenziati in relazione alla fase clinica (acuta, post-acuta, di mantenimento).

Rispetto agli ambiti di intervento, sono tre i Reparti con i quali il Servizio collabora in maniera specifica e strutturata:

1) Il Reparto di Gastroenterologia invia segnalazioni di pazienti ricoverati per compromissioni del fegato dovute principalmente ad alcol e sostanze; la consulenza psicologica viene inoltre attivata come già detto per la valutazione dei pazienti inseriti in una lista d'attesa nei vari centri trapianto (Innsbruck, Verona, Milano e Bologna), centri in collegamento con l'Ambulatorio di Epatologia dell'Ospedale di Bolzano. Un altro settore importante di intervento riguarda l'accompagnamento e il supporto psicologico di pazienti nella fase post-trapianto del fegato. La batteria di test utilizzata include un questionario sullo stato di salute del paziente trapiantato (12-Item Short Form Health Survey - SF 12; Ware et al., 1996), una scheda breve che rileva eventuale sintomatologia ansioso-depressiva (AD-R; Moroni et al., 2006), un questionario sulla qualità di vita percepita dal paziente e sullo stile di vita (Life-Style and quality of life in liver transplant recipients - MEDITRA survey, Gitto et al., 2024), un questionario sull'attività fisica quotidiana (IPAQ -versione breve, Mannocci et. al., 2010), un questionario sulle problematiche della ripresa dell'attività lavorativa post-trapianto ed un questionario sul consumo per gruppi alimentari (MEDI-LITE, adattato da Sofi et al., 2014). In merito al protocollo diagnostico, è stata attivata una collaborazione con Innsbruck e Bologna per migliorare il repertorio di strumenti di screening, attraverso il confronto operativo con questi centri.

2) Le consulenze presso il SPDC vengono effettuate a favore di pazienti ricoverati in Reparto o che frequentano il Day Hospital. In questi casi, si effettua una raccolta anamnestica accurata per orientare o meno la diagnosi verso un concomitante disturbo da uso di sostanze, verificando l'eventuale presenza di contatti pregressi con un SerD. Contestualmente si svolge un lavoro motivazionale per riattivare quando opportuno la presa in carico presso il SerD di Bolzano. Se la diagnosi primaria riguarda invece alcol e psicofarmaci (es. benzodiazepine), il servizio territoriale competente cui segnalare o inviare direttamente è l'Associazione privata-convenzionata Hands. Qualora il paziente esprima motivazione a smettere di fumare tabacco, lasciamo le informazioni rispetto al Servizio territoriale della pneumologia, il Centro Antifumo.

3) A partire dal 2022 è stato stipulato con la Pneumologia Ospedaliera un accordo di collaborazione che prevede in fase di ricovero di definire se il paziente è fumatore o meno, offrendo una consulenza in caso affermativo. Superata la fase clinica acuta, motivo dell'attuale ricovero, nel contesto ospedaliero la consulenza psicologica mira a fornire informazioni adeguate e sostegno per facilitare una maggiore consapevolezza e assunzione di responsabilità rispetto al consumo di tabacco (solitamente da 1 fino a 3 colloqui clinici). In fase post ricovero vengono proposti percorsi di cessazione dal fumo di tabacco (a livello individuale) presso il Centro Antifumo del Servizio Pneumologico territoriale oppure ancora in ospedale. Nel percorso diagnostico-terapeutico-assistenziale rivolto a pazienti con broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO) collaboriamo per la parte psicologica affiancando un team multidisciplinare costituito da specialisti pneumologi, medici di medicina generale, personale del servizio di cure palliative, personale infermieristico, consulenti del servizio di dietetica e nutrizione clinica, psicologi ed esperti di terapia fisica e riabilitativa.

Alcuni dati sul Servizio di Consulenza Ospedaliera per le Dipendenze

Per rappresentare le modalità di intervento del servizio di consulenza ospedaliera abbiamo condotto uno studio osservazionale relativo all'anno 2023; i dati sono stati ricavati dall'analisi delle cartelle cliniche e dalle banche dati che regolarmente vengono aggiornate per i flussi epidemiologici. Una ricerca analoga, prendendo come riferimento un arco di 12 mesi, è stata condotta nel 1996 e successivamente pubblicata sulla rivista *Alcolologia* (Panzani, 2000). All'epoca, come già scritto, le consulenze riguardavano principalmente problemi alcol correlati, mentre ora le richieste sono associate a diverse sostanze stupefacenti. Abbiamo scelto di limita-

re lo studio al 2023, in quanto il periodo della pandemia ha stravolto la routine e la frequenza degli interventi di consulenza.

Nel corso del 2023 sono pervenute 188 richieste di consulenza a favore di 179 persone (119 maschi, 66%; 60 femmine, 34%), per un totale di 526 consulenze psicologiche. In alcuni casi limitati, la persona è stata ricoverata più volte nel periodo considerato. Rispetto alle fasce di età, la distribuzione è illustrata in Figura 1: più della metà delle persone (59%) rientrava nella fascia dai 50 anni in su.

In generale, la percentuale maggiore di richieste di consulenza riguardava persone che non erano entrate in contatto in precedenza con il Servizio (61%) rispetto a coloro che erano già stati conosciuti (15%). Un terzo gruppo di 43 utenti (24%) è costituito dai cosiddetti Follow up del reparto di Gastroenterologia.

Un dato interessante è relativo ai reparti ospedalieri che hanno promosso l'intervento di consulenza (Figura 2): l'Ambulatorio di Epatologia e il Reparto di Gastroenterologia sono stati tradizionalmente i principali destinatari della nostra attività clinica, ma nel corso degli ultimi anni è aumentato considerevolmente il nostro intervento nel settore della salute mentale: più di un terzo delle consulenze (37%) sono state erogate in concomitanza di un ricovero nel reparto di Psichiatria.

L'alcol, come sostanza di consumo o abuso, continua a rappresentare la ragione clinica principale per una consulenza in ambito ospedaliero, anche in combinazione con altre sostanze (44%); inoltre, nel 21% delle richieste la consulenza ha permesso di evidenziare un consumo problematico di sostanze senza giungere ad una vera e propria diagnosi (Tabella 1).

Va evidenziato come nel 38% delle consulenze la persona degente in ospedale fosse già in contatto o in trattamento con i servizi territoriali che si occupano di problemi alcol-correlati (servizio Hands), sostanze (SerD) o salute mentale (Centro Salute mentale)

Particolare rilevanza acquista l'analisi dell'esito della consulenza ospedaliera (Tabella 2): in 91 casi - su 188 richieste - si è giunti a indicare o favorire il contatto con un servizio ambulatoriale del territorio. In quasi una consulenza su cinque (19%) l'esito si è incanalato nel rifiuto della persona di proseguire i contatti a livello territoriale. Quest'ultimo esito sembra essere spesso collegato a fasi motivazionali di precontemplazione (sostenuta da processi di minimizzazione o addirittura negazione), tuttavia l'intervento breve può dare effetti sul medio-lungo termine: alcuni pazienti si rimettono in contatto in un secondo momento, altri si rivolgono direttamente al Servizio territoriale. A volte, solo dopo ulteriori accessi in Ospedale le persone decidono di farsi supportare nel loro processo di cambiamento dello stile di vita.

Conclusioni

Il Servizio di Consulenza Psicologica per le Dipendenze poggia su tre pilastri operativi: 1) la valutazione precoce (screening), 2) l'intervento motivazionale al cambiamento dello stile di vita e la prevenzione dei danni correlati al consumo (brief intervention), 3) la facilitazione dell'aggancio ai servizi territoriali successivamente alla degenza ospedaliera (referral to treatment). L'intervento di consulenza va pertanto modulato in relazione alla tipologia di pazienti, da coloro che vivono una grave situazione psicosociale e/o con doppia diagnosi, fino a persone con buon funzionamento psicosociale che devono comunque modificare il comportamento di consumo pur non essendo ancora dipendenti da sostanze. Soprattutto nelle situazioni di consumo a rischio, il medico si trova in difficoltà a segnalare un suo paziente in quanto teme che il paziente ricoverato possa sentirsi offeso per un sospetto infondato, sperimentando quasi una violazione della privacy. Risulterebbe sicuramente più facile l'approccio al paziente in fase precoce se la consulenza delle psicologhe del SerD fosse proposta dal medico come routine per estendere la valutazione psicologica anche alle abitudini di vita e di aree di benessere, così da limitare le resistenze del paziente all'approfondimento. Inoltre è importante evitare che il medico attui solo una "preselezione" di casi conclamati. L'utilità degli interventi precoci è stata evidenziata anche nella VI Conferenza Nazionale sulle Dipendenze del Dipartimento Politiche Antidroga (2021) "Oltre le fragilità" centrata proprio sull'efficacia dell'azione di prevenzione e presa in carico precoce delle dipendenze patologiche, integrata nel Piano Nazionale di Prevenzione 2020-2025.

Bibliografia

- Angus C, Thomas C, Anderson P, Meier P, Brennan A. (2017). Estimating the cost-effectiveness of brief interventions for heavy drinking in primary health care across Europe. *Eur J Public Health*. 1;27(2):345-351, 2017. doi: 10.1093/eurpub/ckw122.
- Bertolotti, G, Moroni, L, Burro, R, Spanevello, A, Pedretti, RFE, Giorgetti G. (2016). Shortened questionnaires to assess anxiety and depression during in-hospital rehabilitation: Clinical validation and cutoff scores. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 12, Article 2627-2633. <https://doi.org/10.2147/NDT.S111797G>.
- Bogenschutz M, Donovan D, Mandler R, Perl H, Forcehimes A, Crandall C, Lindblad R, Oden N, Sharma G, Metsch L, Lyons M, McCormack R, Macias-Konstantopoulos W, Douaihy A. (2014). Brief Intervention for Patients with Problematic Drug Use Presenting in Emergency Departments. *A Randomized Clinical Trial*.

JAMA Intern Med.; 174(11):1736-1745. doi:10.1001/jamainternmed.2014.4052

- Brambilla F, Demichieli V, Ghisalberti R, Monaco G. (1996) Prevalence of alcoholism among hospital in-patients. Riv. Alcolologia, vol. VIII, 1.

- Gitto S, Golfieri L, Sofi F, Tamè MR, Vitale G., De Maria, Marzi L, Mega A, Valente G, Borghi A, Forte P, Cescon M, Di Benedetto F, Andreone P, Petranelli M, Dinu M, Carrai P, Arcangeli G, Grandi S, Lau C, Morelli MC, De Simone P, Chiesi F, Marra F, MEDITRA research group. (2024) Adherence to Mediterranean diet in liver transplant recipients: a cross-sectional multicenter study. Minerva Gastroenterology, 70(1):42-51.

- Gitto S, Golfieri L, Gabrielli F, Falcini M, Sofi F, Tamè MR, De Maria N, Marzi L, Mega A, Valente G, Borghi A, Forte P, Cescon M, Di Benedetto F, Andreone P, Petranelli M, Morelli MC, De Simone P, Lau C, Stefani L, Vizzutti F, Chiesi F, Marra F; MEDITRA Research Group (2024). Physical activity in liver transplant recipients: a large multicenter study. Intern Emerg Med. Mar, 19(2):343-352. doi: 10.1007/s11739-023-03474-7.

- Mannocci A, Di Thiene D, Del Cimmuto A, Masala D, Boccia A, De Vito E, La Torre G. (2010) International Physical Activity Questionnaire: validation and assessment in an Italian sample. Ital J Public Health; 7(4):369-76.

- Ministero della Salute, Piano Nazionale della Prevenzione 2020-2025, online: https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2955_allegato.pdf

- Moroni L, Bettinardi O, Vidotto G (2006). Anxiety and Depression Short Scale: norms for its use in rehabilitation. Monaldi Arch Chest Dis.;66(4):255-263.

- Panzani P. (2000). La consulenza alcolologica in ambito ospedaliero. Dati e considerazioni sull'attività svolta nel 1996 presso l'Ospedale di Bolzano. Alcolologia, 12 (1), 39-43.

- Schippers, G.M., Broekman, T.G., & Buchholz, A. (2013). MATE 2.1. Manuale e protocollo. Edizione Italiana: G. Nespoli & E. Bignamini. Nijmegen: Bèta Boeken & Milano: FeDerSerD.

- Sofi F, Macchi C, Abbate R, Gensini GF, Casini A. Mediterranean diet and health status: an updated meta-analysis and a proposal for a literature-based adherence score. Public Health Nutr. 2014 Dec;17(12):2769-82. doi: 10.1017/S1368980013003169. Epub 2013 Nov 29. PMID: 24476641; PMCID: PMC10282340.

Spiller, V. (2014). Le scale VMC2. Semplici strumenti per valutare la motivazione al cambiamento. Italian Journal on Addiction. Vol. 4 Nr. 2.

- Ware JE, Kosinski M, Keller SD. (1996). A 12-Item Short-Form Health Survey: construction of scales and preliminary tests of reliability and validity. Med Care 34: 220-233.

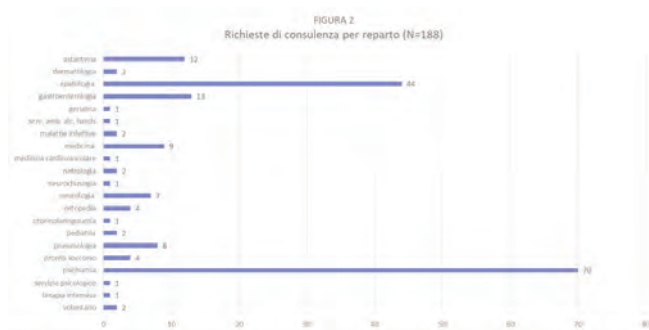
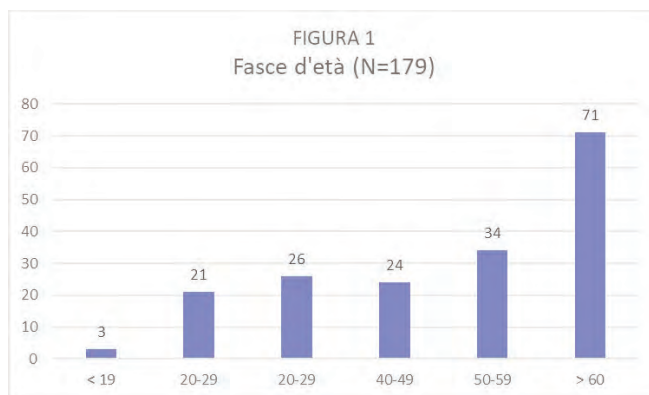


TABELLA 1

Motivo richiesta consulenza	N=188	%
alcol	68	36%
alcol e sostanze	15	8%
sostanze	22	12%
nicotina	11	6%
gioco d'azzardo	1	1%
rischio dipendenza	39	21%
altro	32	17%

TABELLA 2

Esito consulenza	N=188	%
proposta invio a servizi sul territorio	91	48%
conclusa	15	8%
rifiuto proposta ulteriore intervento	35	19%
proseguimento follow-up	44	23%
altro	3	2%

4.5

QUALI PRECURSORI ALLO SVILUPPO DI UN DGA NELL'ADOLESCENTE? RIFLESSIONI "SU" E "CON" UN GRUPPO DI STUDENTI

Novara M.G., Pollina P., Barbara M., Maltese V., Ognibene I., Tortorici R.M.

Asp 9 Trapani, U.O.S. Dipendenze Patologiche Trapani e Pantelleria - Trapani - Italy

Il lavoro si inserisce nell'ambito di ricerca ed intervento riguardante i fattori predisponenti legati alla possibile emersione del DGA in fase adolescenziale. Abbiamo esplorato la percezione del disturbo da gioco in un gruppo di 297 studenti degli Istituti superiori del territorio trapanese, registrandone le attribuzioni di senso.

Premessa

Il lavoro qui presentato si inserisce nell'ambito di ricerca ed intervento riguardante i fattori prodromici legati alla possibile emersione del Disturbo da Gioco d'Azzardo (DGA) in fase adolescenziale. Solo da pochi anni le ricerche in ambito scientifico hanno cominciato a porre un focus su quali possano essere i predittori di comportamenti a rischio negli adolescenti. Inoltre l'esperienza pandemica globale degli ultimi anni portata dal Covid-19 ha sicuramente alterato la vita delle famiglie e dei giovani, costretti a restrizioni importanti in un momento evolutivo particolarmente rilevante, fattore questo attenzionato nella possibile correlazione con i comportamenti di gambling sempre più frequenti negli adolescenti proprio nell'ultimo triennio (ISTISAN 23-25). Appare dunque opportuno sviluppare una riflessione su come sia possibile intercettare già in età precoce dei campanelli di allarme che potrebbero far pensare alla possibile emersione di un DGA e su come costruire percorsi di prevenzione virtuosi su questi specifici target d'età partendo proprio dall'ascolto dei ragazzi e dalla conoscenza approfondita della loro realtà.

Data tale premessa, ci si è mossi per sviluppare una progettualità che avesse come obiettivo l'esplorazione dei possibili elementi prodromici di un DGA in una popolazione di riferimento composta da studenti di scuole secondarie di secondo grado al quarto anno di frequenza.

Inquadramento

Il Disturbo da gioco d'azzardo è clinicamente inteso come un disturbo da dipendenza patologica che ha un effetto sistemico sulla vita della persona che ne soffre, intaccando progressivamente e in maniera altamente invalidante la qualità della sua vita. In genere, il giocatore patologico agisce un comportamento persistente che sfugge al suo controllo e che continua a presentare compulsivamente nonostante gli esiti negativi sulla propria situazione finanziaria, sui legami sociali, sul lavoro ed anche sulla salute. L'American Psychiatric Association in un primo momento (1980) aveva identificato l'allora GAP (Gioco d'azzardo patologico) come un disturbo del controllo degli impulsi, "una modalità che determinati individui adottavano per rispondere ad un bisogno primario e che, a causa principalmente di un'eccessiva reiterazione, diventava una necessità incontrollabile". Solo con la pubblicazione del DSM-V (2013), ponendo in evidenza le numerose analogie che intercorrono nella sintomatologia delle dipendenze da sostanze, la comunità scientifica ha progressivamente abbandonato questa visione in favore di una nuova concettualizzazione, ovvero quella di dipendenza comportamentale. Con il termine dipendenze comportamentali si definiscono, quei comportamenti patologici che sul piano clinico e neurobiologico presentano aspetti simili alla dipendenza da sostanze ma in cui l'oggetto della dipendenza è una attività (Biondi, 2016). L'attuale DGA dunque riassume questa nuova concezione del suo meccanismo base, concentrandosi sulla "relazione" che si crea tra il soggetto e l'oggetto della dipendenza da un punto di vista bio-psico-sociale.

In Italia il Consiglio Superiore di Sanità nell'ambito del Sistema Informativo Nazionale Dipendenze ha avviato da diversi anni e concretizzato nel 2020 l'ampliamento del concetto di dipendenza anche alla dimensione delle alterazioni dei comportamenti e non solo alla tossicodipendenza e all'alcolismo, riformulando il concetto di dipendenza come segue: "condizione psichica, talvolta anche fisica, derivante dall'interazione tra un organismo, una sostanza e/o uno specifico comportamento, caratterizzata da risposte psicofisiche che comprendono un bisogno compulsivo di assumere la sostanza e/o di mettere in atto un determinato comportamento disfunzionale in modo continuativo o periodico, allo scopo di provare i suoi effetti psichici e di evitare il malessere della sua privazione". (CSS-Sez. I, 2022).

Così inteso, il DGA è considerato un problema di salute pubblica per un duplice motivo: l'accessibilità incrementata delle forme interattive e l'incredibile espandersi delle opportunità di gioco e per tale motivo inquadrato nei LEA (Livelli Essenziali di Assistenza).

Già dal 2017 infatti gli individui con disturbo da gioco

d'azzardo patologico hanno diritto alle cure erogate dal SSN (trattamenti terapeutico-riabilitativi e trattamenti pedagogico-riabilitativi) previa valutazione clinica multidimensionale (DPCM 12 Gennaio 2017 - Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del Decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 - GU Serie Generale, n. 65 del 18 marzo 2017).

Epidemiologia

Sotto l'aspetto epidemiologico, i primi studi relativi al gioco d'azzardo patologico iniziarono ad essere pubblicati intorno al 1970, in ragione della difficoltà ad inquadrare il gioco come potenziale agente patologico sistematico (Vetere, C., 2003), ma anche a causa della difficoltà a strutturare ricerche che potessero produrre dati standardizzabili e generalizzabili. Sotto un punto di vista sociale però, il gioco era evidentemente un problema anche di "salute" tanto che i primi contributi scientifici in area statunitense, (Custer, R. et al. 1977, 1985) stimarono che in quegli anni, negli Stati Uniti, oltre due milioni di persone potessero avere problemi di gioco d'azzardo patologico. A partire dagli anni '90 (Volberg et al.) si cominciò a registrare sempre più chiaramente la correlazione tra i problemi legati al gioco d'azzardo ed il numero delle opportunità di gioco offerte dallo Stato, incardinati con la variabile fondamentale del tempo di esposizione della popolazione al gioco autorizzato. Queste dimensioni insieme, hanno offerto l'opportunità di strutturare studi osservazionali con un focus specifico sulla dipendenza da gioco d'azzardo. In effetti, entrambi questi valori nell'ultimo trentennio hanno avuto una crescita esponenziale tanto che si è calcolato che attualmente gli adulti che abbiano giocato d'azzardo almeno una volta nella loro vita siano fra l'70% e il 94% nei paesi occidentali. (Oliva, 2015). In Italia le persone che abitualmente giocano a qualche forma di azzardo sarebbero circa il 70% dell'intera popolazione (Istat), ma negli ultimi quindici anni è decisamente cambiata la tipologia di giocatore. Se fino al 2009 (Rapporto Eurispes) il giocatore patologico era tipicamente di genere maschile, con un'età che andava dai 20 ai 60 anni, oggi c'è molta più eterogeneità nella popolazione dei giocatori, con sempre più donne e ragazzini, questi ultimi infatti si avvicinano al gioco fin dai 13 anni di età.

Proprio nella nostra nazione un'indagine svolta dall'Autorità garante dell'infanzia e dell'adolescenza su un gruppo target di oltre 1000 ragazzi tra i 14 e i 17 anni, ha identificato come le scommesse sportive siano il gioco d'azzardo maggiormente diffuso soprattutto su piattaforme online nazionali ma anche estere, seguito poi dai gratta e vinci fisici e digitali.

Come dicevamo in premessa, gli anni di restrizioni visute durante il periodo pandemico, ha visto crescere in maniera esponenziale il gioco online soprattutto nella fascia adolescenziale, vedendo l'affermazione dei cosiddetti videogiochi free-to-play e pay-to-win, giochi sponsorizzati apparentemente in forma gratuita dalle aziende videoludiche, in cui però per sbloccare benefici e funzionalità che garantiscano l'accesso ai livelli successivi del gioco vengono richieste delle micro-transazioni. Queste ultime consistono nello scambio di denaro reale con moneta virtuale. In uno studio che ha avuto risonanza nella comunità scientifica, perché sistematico e con un ampio campione (Zendle & Cairns, 2018) è stata dimostrata una relazione significativa tra un maggiore utilizzo di micro-transazioni per l'acquisizione di vantaggi all'interno dei videogiochi e la gravità dei problemi legati al gioco d'azzardo. Tali apparentemente esigui investimenti possono comportare gravi problemi finanziari, dato che la ridotta portata della spesa per ogni movimento monetario, ne favorisce, appunto, la continua reiterazione.

Sembra dunque che gli adolescenti siano sempre più investiti da queste tipologie di dipendenze comportamentali, oltre che per motivazioni afferenti ad elementi contingenti ed ambientali, anche ad ulteriori fattori di rischio più specifici.

Diversi studi enucleano infatti quattro principali fattori di rischio, sintetizzabili in individuali, familiari, ambientali e altro (Calado, F. et al., 2017).

Fattori Individuali

1. Età precoce di inizio: Gli adolescenti che iniziano a giocare d'azzardo in giovane età hanno un rischio maggiore di sviluppare un disturbo.
2. Genere: I maschi tendono ad essere più a rischio rispetto alle femmine.
3. Impulsività e ricerca di sensazioni: Adolescenza caratterizzata da un comportamento impulsivo e una maggiore ricerca di sensazioni forti può aumentare il rischio.
4. Disturbi mentali concomitanti: Ansia, depressione, ADHD e altri disturbi mentali possono aumentare la vulnerabilità al gioco d'azzardo problematico.
5. Uso di sostanze: Consumo di alcol, droghe e tabacco è associato a un rischio maggiore di sviluppare problemi con il gioco d'azzardo.

Fattori Familiari

1. Storia familiare di gioco d'azzardo: Avere genitori o altri membri della famiglia con problemi di gioco aumenta il rischio.
2. Ambiente familiare disfunzionale: Famiglie con conflitti, mancanza di sostegno emotivo o supervisione

possono contribuire allo sviluppo di disturbi del gioco d'azzardo.

3. Modelli comportamentali: Genitori che giocano d'azzardo o che promuovono il gioco come attività normale o accettabile.

Fattori Ambientali

1. Accessibilità: Maggiore accesso a luoghi di gioco d'azzardo, online o fisici, aumenta il rischio.

2. Influenza dei pari: Pressione o incoraggiamento da parte degli amici a partecipare al gioco.

3. Condizioni socioeconomiche: Adolescenza in contesti di povertà o con limitate opportunità economiche può portare a vedere il gioco d'azzardo come una via di uscita o un modo per migliorare la propria situazione economica.

4. Cultura e media: Esposizione a messaggi positivi sul gioco d'azzardo nei media e nella cultura popolare.

Altri Fattori

1. Educazione e consapevolezza: Mancanza di conoscenza sui rischi associati al gioco d'azzardo e sulle sue conseguenze.

2. Eventi stressanti: Esperienze traumatiche o eventi di vita stressanti, come la perdita di una persona cara o problemi scolastici, possono aumentare il rischio di cercare conforto nel gioco.

Finalità del presente lavoro

Quanto sopra descritto ci ha spinti a sviluppare prima una riflessione sul disturbo da gioco d'azzardo in adolescenza e poi a costruire una progettualità che se da un lato ha avuto una finalità psicoeducativa, dall'altra ha rappresentato un'occasione per indagare i fattori di rischio e le abitudini di gioco di un gruppo di adolescenti nel territorio siciliano.

Nel particolare, in seno ai progetti di prevenzione promossi dall'Azienda Sanitaria Provinciale di Trapani e nello specifico attraverso il Servizio per le Dipendenze (SerD Trapani - Pantelleria), si è proceduto ad indagare le abitudini di gioco di un gruppo di 297 studenti degli Istituti secondari di secondo grado del territorio trapanese.

Per procedere allo studio descrittivo delle abitudini di gioco dei nostri studenti, si è proceduto a strutturare un intervento di prevenzione primaria negli istituti superiori, in cui sono stati presentati dei contenuti informativi relativi al tema delle dipendenze comportamentali e si è contestualmente somministrato un questionario standardizzato che indaga i fattori di rischio/abuso e le vulnerabilità comportamentali legate alle dipendenze in adolescenza.

Strumenti

Nel presente studio abbiamo utilizzato la sezione del Risk Behavior Questionnaire – For School (RTBQ – FR) inerente all'esplorazione delle abitudini di gioco in adolescenza e che possono essere considerati predittori del Disturbo da gioco d'azzardo patologico. Questa sezione è composta da 7 item a risposta chiusa, che sono stati analizzati secondo processi di tipo ordinale e nominale (Zanardi, 2019). La somministrazione e l'analisi dei questionari sono state eseguite rispettando le norme di riservatezza dei partecipanti ed in conformità con le leggi sulla privacy (Decreto Legislativo 30 giugno 2003 n. 196 "Codice in materia di protezione dei dati personali" e al Regolamento Europeo sulla privacy UE 2016/679 - GDPR), garantendo l'anonimato dei partecipanti.

Abbiamo inoltre utilizzato delle narrazioni particolarmente interessanti condivise dagli studenti durante le sessioni di psicoeducazione in classe e che ci hanno offerto delle chiavi di lettura sulla percezione che i ragazzi hanno dell'uso del gioco nella sua accezione disfunzionale.

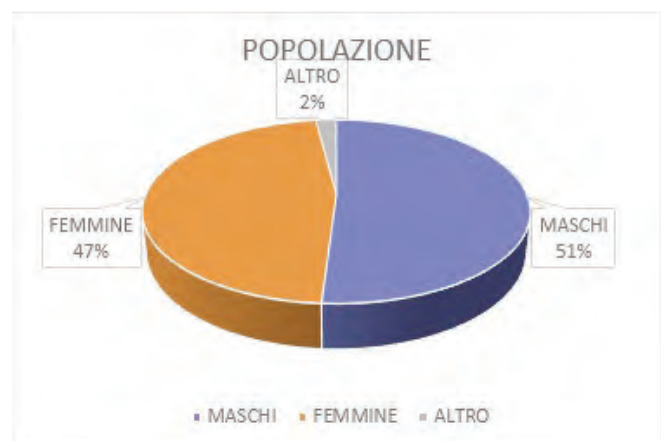
Campione

Il nostro campione è costituito da 297 soggetti, tutti frequentanti le quarte classi degli Istituti superiori del territorio trapanese ($M=17$; $DS=0,67$). Abbiamo raggruppato gli Istituti in due Macro Gruppi: Licei ed Istituti Professionali. Di seguito la distribuzione percentuale del nostro gruppo campionario:

Femmine = 151

Maschi = 139

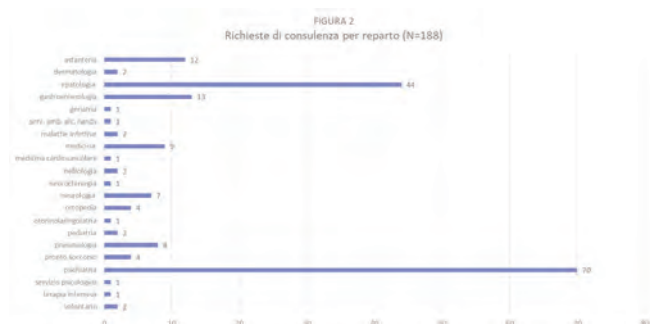
Altro = 6



Abbiamo inoltre identificato le specifiche provenienze per i due macro gruppi, calcolando la distribuzione per provenienza (Tab.2).

Le studentesse provenienti dai Licei risultano essere 90;
Le studentesse provenienti dagli Istituti Professionali risultano essere 49;

Tabella 2



Gli studenti provenienti dai Licei risultano essere 53; Gli studenti provenienti dagli Istituti Professionali risultano essere 98.

Gli studenti che invece non si sono riconosciuti nei due generi preminenti, hanno opzionato la casella "altro", risultando tre per un gruppo e tre per l'altro.

Data Analysis

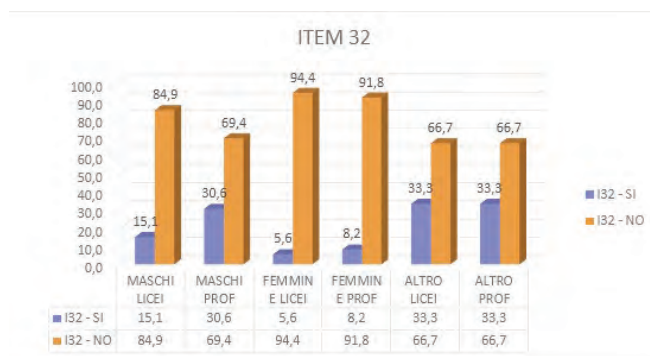
Come già esplicitato, sono stati analizzati i 7 Item che nel RTBQ - FR si riferiscono all'esperienza e all'abitudine del gioco. Nello specifico sono state registrate le percentuali riferite alle domande a risposta dicotomica (SI/NO) ed in corrispondenza la distribuzione delle risposte su scala Likert della frequenza del gioco.

TABELLA 1

Motivo richiesta consulenza	N=188	%
alcol	68	36%
alcol e sostanze	15	8%
sostanze	22	12%
nicotina	11	6%
gioco d'azzardo	1	1%
rischio dipendenza	39	21%
altro	32	17%

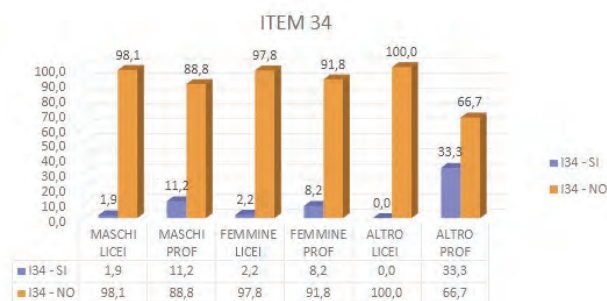
Il primo Item inserito in questo "cluster del gioco" chiede in forma diretta se si è mai giocato ai video-poker o giochi simili. Il dato più saliente ce lo riserva il gruppo degli studenti maschi degli Istituti Professionali, che nella percentuale del 46,9 (circa 50 ragazzi) ammette di giocare abitualmente. L'item successivo chiede su una scala Likert a quattro punti (da ogni giorno a meno di una volta al mese) la frequenza del gioco. Sempre questo gruppo afferma di giocare ogni giorno nel 13% dei casi, mentre da 2 a 4 volte a settimana l'11%. Gli altri gruppi di studenti, maschi Licei e femmine Licei, non presentano punteggi preoccupanti, a differenza del gruppetto delle femmine dei Professionali, che nella percentuale del 25% ammette di giocare tutte le settimane.

Il successivo Item chiede, in forma diretta e con risposta dicotomica SI/NO, se si è mai giocato d'azzardo online.



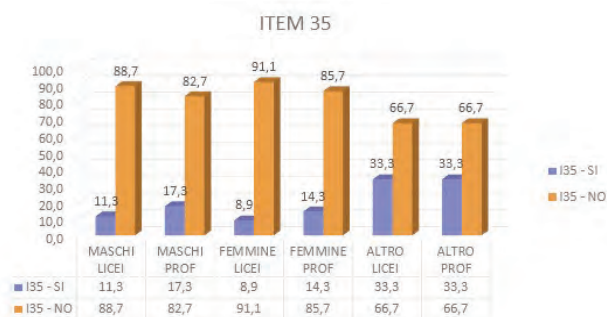
Sempre il gruppo dei ragazzi dei Professionali risponde di SI quasi nel 31% dei casi, con una frequenza in questo caso inferiore al 7% per quel che concerne il gioco quotidiano, assestandosi su un'esperienza di gioco d'azzardo a cadenza mensile. Gli altri gruppi non presentano percentuali rilevanti, se non in un singolo caso di una ragazza di un Liceo che ha ammesso di giocare quotidianamente. Questo dato però non è emerso nella sessione di psicoeducazione in classe, rimanendo dunque anonimo nelle pagine del questionario.

L'item successivo esplora invece la presenza di giocatori in famiglia.



Questo Item richiede in forma diretta se qualcuno in famiglia gioca abitualmente alle slot o ai video-poker. In questo caso le risposte dei ragazzi si collocano percentualmente sul versante del NO in maniera significativa. Si segnalano però nel gruppo degli studenti dei Professionali, 11 ragazzi e 4 ragazze (20% del gruppo totale) che hanno ammesso la presenza in famiglia di soggetti che giocano abitualmente.

L'item successivo esplora l'abitudine ad acquistare gratta e vinci.



Anche in questo caso il gruppo degli studenti maschi degli Istituti professionali fa emergere un quadro più preoccupante, ammettendo in una percentuale di quasi il 18% di acquistare gratta e vinci tutte le settimane e di sperimentare questa tipologia di gioco anche online, attraverso giochi free-to-play.

Accanto a questi dati di estrazione più quantitativa, abbiamo analizzato anche quei passaggi narrativi che all'interno delle classi sono emersi in relazione alla rappresentazione che gli studenti hanno del gioco d'azzardo patologico e del Disturbo da gioco d'azzardo, registrando una comune sottostima del fenomeno, spesso banalizzato e non riconosciuto. Questi aspetti sono a loro volta sottostimati dai genitori e dalle famiglie in generale, spesso restie a partecipare ad incontri di sensibilizzazione sul tema.

Proprio inserito in questa ultima considerazione, appare emblematico un caso riscontrato in un Istituto professionale, di un ragazzo con un'abitudine al gioco conclamata e assai preoccupante, già segnalata dal coordinatore di classe alla famiglia e che non ha avuto alcun riscontro da parte di quest'ultima, che ha anzi verbalizzato l'inesistenza della problematica e l'eccessiva intrusività della scuola nella segnalazione di queste condotte non considerate "disfunzionali" dalla stessa. Proprio questa "normalizzazione" di comportamenti inadatti e predisponenti l'emersione di un vero e proprio disturbo da gioco d'azzardo patologico, ci fa comprendere quanto sia importante incentivare percorsi di prevenzione diretti a tutta la famiglia, sostenuti dalla scuola, ma anche da tutti gli altri agenti della prevenzione, come le Asp, già impegnate in campagne di sensibilizzazione e prevenzione, medici di medicina generale e pediatri di libera scelta.

Conclusioni

Il lavoro qui presentato ci ha permesso di aprire uno sguardo su una problematica specifica, l'abitudine al gioco e i possibili fattori predisponenti all'emersione di un disturbo da gioco in un gruppo di adolescenti. Abbiamo anche esplorato, attraverso l'intervento psicoeducativo, quali informazioni, percezioni e rappresentazioni i ragazzi abbiano di questo costrutto, raccogliendo una generale incapacità a pensare al gioco d'azzardo come disturbo vero e proprio, con dei precisi criteri diagnostici ed inserito nella classificazione ufficiale dei disturbi mentali (DSM-V TR).

I dati raccolti ci confermano che il gioco d'azzardo fa parte della vita dei nostri adolescenti, che l'abitudine al gioco è assolutamente sana se inquadrata in uno stile di vita sano, in cui ogni aspetto, da quello relazionale, familiare, scolastico fino a quelli legati alle passioni sportive, hobbies, e ricreative in generale, sono preser-

vati. Se invece, come emerge per fortuna solo da una esigua fetta del nostro campione, il gioco acquisisce i connotati di una vera e propria abitudine insana, che intacca le altre aree di crescita e relazionali dei nostri ragazzi, allora la predisposizione alla genesi del disturbo è sicuramente più significativa e preoccupante. Le ricadute negative conseguenti all'instaurarsi di un disturbo da gioco possono avere delle ripercussioni importanti sulla salute mentale e sociale dei ragazzi, potendo deviare la traiettoria di crescita su versanti decisamente psico-patologici.

Appare dunque auspicabile continuare il lavoro di prevenzione e sensibilizzazione a più livelli, intercettando oltre le famiglie anche gli adulti che possono essere vettori di informazioni sul gioco d'azzardo (gestori di bar, tabacchi, centri scommesse), che possono identificare eventuali comportamenti a rischio e fragilità comportamentali ed inviare ai servizi territoriali competenti.

Bibliografia

- American Psychiatric Association. (2022). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed., text rev.);
- Calado, F., Alexandre, J., & Griffiths, M. D. (2017). Prevalence of Adolescent Problem Gambling: A Systematic Review of Recent Research. In *Journal of Gambling Studies* (Vol. 33, Issue 2).
- Cancrini L. (1996). Una tossicomania senza farmaci, prefazione a, F. Dostoevskij. Il giocatore Ed. UP, Roma;
- Custer, R. L. (1977.) *Gambling in America: final report of the commission on the review of the National Policy on Gambling*. U.S. Government Printing Office. Washington D.C.;
- Custer, R., Milt H. (1985). *When luck runs out: Help for compulsive gamblers and their families*. New York: Facts on File;
- Valentini, M. & Biondi, M. (2016). L'emergere delle dipendenze comportamentali. in *Rivista di psichiatria*, vol.51 n° 3;
- Vetere, C. (2003). Il gioco d'azzardo nella letteratura delle dipendenze. *Bollettino per le Farmacodipendenze e l'Alcolismo*, XXVI: 57-69. 2;
- Volberg, R.A. (1994). The prevalence and demographics of pathological gamblers: implication for public health. *Am. J. Public Health* 84 (2): 237-241;
- Volberg, R.A. (1996). Prevalence studies of problem gambling in the United States. *Journal of Gambling Studies*. 12(2): 111-128;
- Zendle, D., Cairns P. (2018). Video game loot boxes are linked to problem gambling: Results of a large-scale survey. *PLoS ONE* 13(11).

Sitografia

- <https://www.salute.gov.it/portale/news>
- <https://www.garanteinfanzia.org/news/azzardo-non-e-un-gioco>
- <https://www.iss.it/-/rapporto-istisan-23/25-dipendenze-comportamentali-nella-generazione-z-uno-studio-di-prevalenza-nella-popolazione-scolastica-11-17-anni-e-focus-sulle-competenze-genitoriali-claudia-mortali-luisa-mastrobattista-ilaria-palmi-renata-solimini-roberta-pacifici>
- <https://www.idoctors.it/articolo/psicopatologia/488/38#ancora-2>
- <https://federserd.it/index.cfm>
- <https://www.istitutobeck.com/disturbo-da-gioco-dazzardo-dga>

4.6

OFFICINA ACROBATI**Rossi S., Botta M., Tamussi E., Mingolla V.***Gli Acrobati s.c.s Onlus - Concesio - Italy*

L'esperienza di Officina Acrobati: un modello innovativo di intervento di prevenzione basato sull'informalità e la co-costruzione di un tempo e di uno spazio di qualità.

Introduzione

Lo spazio Officina Acrobati, situato in Valle Trompia in provincia di Brescia, si inserisce nel più ampio contesto della prevenzione delle dipendenze tra adolescenti e giovani adulti. Partendo dal presupposto che l'insorgenza e il mantenimento di comportamenti a rischio siano influenzati da una molteplicità di fattori bio-psico-sociali, lo spazio propone un intervento innovativo volto a rafforzare i fattori protettivi e a ridurre i fattori di rischio presenti nel contesto di vita dei giovani.

Come mostrano i dati della "Relazione annuale al Parlamento sul fenomeno delle tossicodipendenze in Italia -2024", i comportamenti a rischio, di consumo di sostanze stupefacenti e alcol tra adolescenti, rappresentano un fenomeno in forte espansione. Il 22% della popolazione studentesca compresa tra i 15 e i 19 anni (circa 550 mila giovani), ha fatto uso di cannabis almeno una volta nel 2023 e 70mila giovanissimi (2,8%) hanno riferito di farne un uso pressoché quotidiano (20 o più volte nel mese). Aumenta anche il consumo di cocaina: che dall'1,8% del 2022, nell'anno 2023 il 2,2% della popolazione studentesca tra i 15 e i 19 anni riferisce di aver fatto uso di cocaina nell'anno 2023. In particolare, tra gli studenti che hanno utilizzato cocaina, la metà circa riferisce un primo utilizzo tra i 15 e i 17 anni, mentre il 39% si è avvicinato a questa sostanza prima dei 15 anni. Preoccupanti sono i dati relativi al consumo delle Nuove Sostanze Psicoattive (NPS) tra i giovani: nel 2023 160mila studenti tra i 15 e i 19 anni riferiscono di aver consumato almeno una NPS nel corso dell'anno, pari al 6,4% della popolazione studentesca. Le NPS più consumate dai ragazzi nel corso dell'ultimo anno sono cannabinoidi sintetici (4,6%), ketamina (1,3%), oppioidi sintetici (1,3%), catinoni (0,8%) e Salvia Divinorum (0,5%).

In tale scenario lo spazio di Officina prosegue nell'obiettivo di creare spazi fisici e mentali dedicati a adolescenti, giovani e famiglie, offrendo un ambiente sicuro e

inclusivo in cui potersi confrontare e dialogare sui temi delle sostanze stupefacenti legali e illegali e dipendenze comportamentali.

Attraverso un approccio partecipativo e informale, Officina Acrobati offre agli adolescenti e giovani adulti uno spazio sicuro e accogliente per esprimere le proprie preoccupazioni, sviluppare competenze sociali e costruire relazioni positive. Attività esperienziali, colloqui individuali e gruppi di sostegno, realizzati in collaborazione con i servizi territoriali e le famiglie, costituiscono gli elementi chiave dell'intervento.

Lo spazio, avviato nel 2022, lavora costantemente sull'aggancio e la costruzione di relazioni educative e significative con i ragazzi, attraverso la realizzazione di laboratori ed attività co-costruite con i ragazzi stessi. La richiesta di attivarsi in prima persona, di sentirsi coinvolti e "chiamati" attiva nei giovani un desiderio di possibilità e responsabilità e chiede loro di misurarsi rispetto alle competenze e alle risorse esterne. Officina Acrobati rompe il modello tradizionale dei servizi clinici, spesso percepiti come freddi e distanti, che scoraggiano i giovani dall'interrogarsi sui loro stili di vita e dall'avvicinarsi a occasioni di confronto e dialogo per affrontare le proprie fatiche. Elemento distintivo dell'approccio resta l'informalità: fornendo una macchina del caffè e dispositivi multimediali finalizzati a stimolare la creatività e a promuovere relazioni di confronto, i primi minuti tra ragazzi e operatori si giocano in maniera destrutturata, in una dimensione di controllata vicinanza, al fine di instaurare sin da subito un dialogo genuino e concreto. Questo approccio segue il paradigma dell'educazione informale, in cui il gioco, la comunicazione e la creatività diventano pilastri fondamentali nella costruzione di relazioni terapeutiche significative. Lo spazio prevede un'apertura di due volte a settimana, consentendo ai giovani di partecipare liberamente alle attività organizzate o di svolgere colloqui individuali, promuovendo così un coinvolgimento attivo del ragazzo. I risultati ottenuti evidenziano l'efficacia di questo modello di prevenzione comunitaria. In particolare, si è osservato un aumento della consapevolezza dei rischi legati al consumo di sostanze, uno sviluppo delle competenze di coping e una maggiore resilienza nei partecipanti. L'età di arrivo si è abbassata: lo spazio è frequentato anche da giovanissimi (14-15 anni) che accolti dalla dimensione informale riescono a criticizzare e lavorare sul loro appena maturato consumo. In ottica di prevenzione, l'aggancio precoce di situazioni di rischio è funzionale a ridurre il tempo di latenza di accesso in servizio e ad agganciare nel minor tempo possibile, dall'inizio del consumo, il ragazzo e le sue fragilità. Inoltre, lo spazio Officina Acrobati ha contribuito a rafforzare la rete di servizi locali, promuovendo una maggiore colla-

borazione tra le diverse agenzie educative e sociali che si occupano di adolescenti e giovani.

I protagonisti/e

Ragazzi/e e giovani adulti: il cuore pulsante del progetto sono i ragazzi e i giovani adulti tra i 14 e i 25 anni che hanno frequentato lo spazio di Officina Acrobati. N. 118 i ragazzi che fino ad oggi hanno frequentato gli spazi. La loro presenza e il loro coinvolgimento dimostrano l'importanza di un approccio informale e accogliente nella presa in carico di giovani con problematiche legate alle dipendenze. L'équipe di Officina Acrobati ha riconosciuto la centralità di un intervento precoce e preventivo nel contrastare l'uso/abuso di sostanze stupefacenti legali ed illegali.

Équipe multidisciplinare: Un team di un pedagogo, due educatori, un'assistente sociale, uno psicologo e un medico psichiatra accompagna i giovani nel loro percorso, fornendo loro competenze e strumenti per affrontare le difficoltà legate alle dipendenze. La capacità di riprogettazione e rinnovamento delle attività e delle proposte da parte dell'équipe è un elemento chiave del successo. L'alternarsi di discussioni sui ragazzi con riunioni di pianificazione e organizzazione ha permesso di calibrare gli interventi sulle esigenze individuali e di creare un ambiente di lavoro dinamico e proattivo.

Famiglie: Oltre ai giovani, anche le loro famiglie sono state destinatarie dirette del progetto. N.46 i nuclei familiari incontrati ai quali è stato possibile offrire percorsi di sostegno alla genitorialità e/o gruppo di sostegno. Le famiglie hanno avuto l'opportunità di:

- Rafforzare le proprie competenze educative;
- Migliorare la comunicazione con i propri figli;
- Confrontarsi con altre famiglie che affrontano situazioni simili;
- Ricevere supporto psicologico e/o sociale.

Il coinvolgimento attivo delle famiglie è stato un elemento fondamentale per la riuscita del progetto, in quanto ha permesso di creare una rete di supporto per i ragazzi che frequentavano gli spazi di Officina Acrobati.

Obiettivi

Gli obiettivi di Officina Acrobati, rispondono alle esigenze emerse dal territorio e valorizzano le esperienze dei mesi di lavoro. Gli obiettivi sono:

1. Ridurre il periodo di malattia non trattata
 - Creazione di uno spazio "sempre in ascolto" in cui è stato garantito la presenza giornaliera di almeno n. 4 operatori (educatori, assistente sociale, psicologo, medico e medico psichiatra al bisogno);
 - N. 118 i giovani che hanno usufruito dello spazio di Officina, di cui 57 coinvolti in modo attivo anche nelle attività dello spazio;

- N.2 laboratori con esperti esterni e n. 4 laboratori e incontri di gruppo con metodologie peer-to-peer, con la partecipazione media di 10 giovani. I laboratori hanno favorito la condivisione di esperienze, lo sviluppo di competenze relazionali e l'emersione di risorse individuali.

2. Aumentare le conoscenze sui temi delle dipendenze
 - Sono stati realizzati specifici interventi di sensibilizzazione e formazione comportamenti a rischio (dipendenze, infezioni sessualmente trasmesse, alimentazione, sport...). I percorsi formativi hanno contribuito ad aumentare la consapevolezza sui rischi connessi alle dipendenze e sulle strategie di prevenzione;
 - Sono stati coinvolti attivamente n.18 giovani nella progettazione e nella realizzazione di alcune attività dello spazio officina, promuovendo la loro autonomia e responsabilità. L'esperienza ha favorito la crescita personale e la valorizzazione delle risorse individuali dei ragazzi.
3. Sostenere la famiglia e il ruolo genitoriale
 - Sono stati garantiti supporti psicologici e/o sociali a n. 46 nuclei familiari durante il percorso dei figli, con colloqui individuali e/o incontri di gruppo in base al bisogno;
 - Organizzazione di un gruppo di sostegno per genitori, con la partecipazione di 11 persone finalizzato ad offrire uno spazio di condivisione, confronto e mutuo sostegno tra genitori che affrontano situazioni analoghe.
4. Implementare e integrare la rete tra servizi
 - Sono stati realizzati n.20 incontri con i servizi del territorio che si occupano di giovani (CAG, Associazioni sportive...) finalizzati a far conoscere lo spazio;
 - Sono stati incontrati i servizi sociali di base e i servizi di salute mentale del territorio;
 - Si sono svolti n.2 eventi di apertura alla cittadinanza per conoscere lo spazio,
 - Incontri di sensibilizzazione e prevenzione sui temi ai giovani del territorio tramite le realtà del territorio.

Azioni

Di seguito vengono riportate le principali attività con la finalità di raccontare e farvi immaginare la quotidianità all'interno di Officina Acrobati, prendendo in considerazione tutte le sue sfaccettature e eventualità.

Spazi informali: cuore del progetto è l'informalità e la destrutturazione dell'accoglienza. Nello spazio di Officina Acrobati ognuno si può sentire parte dello spazio e investito di un ruolo o una posizione, al fine di

promuovere relazioni bi-direzionali basate sulla contaminazione e lo scambio reciproco con gli utenti. Il dialogo aperto e paritario tra gli operatori e i giovani si svolge principalmente tra la sala grande e il ballatoio che, durante il periodo primaverile, inizia ad essere punto fisso di ricongiungimento del gruppo. Ad agevolare l'informale contribuiscono molti strumenti, dai giochi in scatola, occasione per creare dialogo e comunicazione in un assetto ludico, ai video giochi che aiutano a entrare in una dimensione duale e terapeutica paziente-operatore, all'introduzione di un calcio balilla, particolarmente apprezzato dai ragazzi e che ha permesso agli operatori di affrontare con il gruppo differenti tematiche:

- competitività e tema della perdita e della vincita;
- organizzazione e progettazione, in questo caso di tornei, ma trasponibile sulla quotidianità e sulle azioni giornaliere;
- collaborazione e cooperazione tra partecipanti e il tema della scelta delle persone con cui stare e che possono essere per ciascuno buoni stimoli o al contrario zavorre che non aiutano a svincolarsi da abitudini assodate.

Le differenti azioni proposte all'interno dello spazio informale hanno permesso ai ragazzi e giovani adulti di esprimersi liberamente, avvalendosi anche dell'aiuto degli operatori, pienamente coinvolti nell'informalità della situazione e disponibili a mediare o stimolare pensieri e confronti.

L'obiettivo di queste attività informali è stato quello di creare un contesto in cui i ragazzi possano esprimersi liberamente e reinterpretare la realtà in base alle influenze degli altri partecipanti. Di particolare interesse è stato osservare i movimenti gruppali dei giovani, le influenze e contaminazioni tra loro, l'attivazione di qualcuno che porta al coinvolgimento di tutti, operatori compresi. In questi mesi di progetto, l'arte e la scrittura sono state forti protagoniste, complice l'attivazione di un paio di ragazzi che sono stati capaci di incentivare il coinvolgimento del gruppo. Tali attività, che da spontanee poi prendono forma e concretezza, offrono ai partecipanti uno spazio in cui poter far trapelare il proprio mondo emotivo-affettivo, esprimendolo attraverso prodotti creativi.

Nello spazio informale la figura professionale maggiormente coinvolta è l'educatore che, attraverso una varietà di linguaggi, metodologie e strumenti, ha implementato molteplici attività. Questo approccio flessibile non segue una ricetta pre-constituita ma si basa su un processo di reciproca influenza tra operatori e utenti, contribuendo a creare un ambiente aperto, accogliente e terapeutico in cui i giovani possono crescere e svilupparsi in modo positivo.

Spazi formali: ogni partecipante di Officina Acrobati ha aderito a spazi non solo informali, di dialogo destrutturato, ma anche a spazi formali di confronto individuale con l'operatore, attraverso l'attuazione di colloqui educativi e sociali, psicologici e medici. Il progetto vede anche nello spazio formale un'occasione di destrutturazione e vicinanza: si è lavorato affinché il colloquio non fosse necessariamente e strettamente correlato all'ambiente ufficio ma potesse svolgersi anche in diverso contesto (una stanza libera, il ballatoio, il giardino) a patto che permanessero gli elementi di privacy, di ascolto attivo e di dialogo. L'esercizio di destrutturazione è risultato interessante e fruttuoso in quanto il setting ufficio non sempre agevola i ragazzi alla libera espressione e piena condivisione di pensiero, rendendo così sterile il confronto. La possibilità di sfruttare spazi differenti di ascolto e parola, inoltre, ha agevolato la possibilità di affrontare alcune fatiche legate allo stato emozionale nell'immediato momento del colloquio, affiancati dall'operatore, così che il confronto potesse concretizzarsi in maniera effettiva e accompagnati da un adulto significativo. Nella dimensione formale viene coinvolta tutta l'équipe, che si propone come riferimento di dialogo, ogni operatore con le proprie specificità e caratteristiche. L'eterogeneità del gruppo di operatori, sia a livello professionale di titolo, sia nelle caratteristiche personali e modalità di approccio all'utenza, consente ai giovani di poter avere differenti occasioni di confronto, tutte attivate in chiave propedeutica di crescita e dialogo.

Laboratori e attività strutturate: elemento fondante di Officina Acrobati, si basa sull'esperienza diretta e offre ai ragazzi l'opportunità di sperimentarsi e mettersi in gioco attraverso una serie di laboratori. Queste attività sono state progettate per consentire ai giovani di dare significato alle proprie esperienze e per potenziare le loro competenze personali e i fattori protettivi contro lo sviluppo delle dipendenze. Il modello che sostiene questa azione è l'"apprendimento esperienziale" (Experiential Learning), che si basa sull'esperienza cognitiva, emotiva o sensoriale, in cui l'azione e la sperimentazione sono gli strumenti essenziali per il processo di apprendimento. In questo contesto, sono state organizzate giornate esperienziali a cui i ragazzi hanno potuto partecipare in base ai propri interessi, senza una modalità continuativa obbligatoria. Nel contesto di attività collettive esperienziali, la partecipazione a un'attività, che può comportare una collaborazione effettiva o semplicemente rappresentare un'esperienza condivisa, ha portato alla creazione di un senso di appartenenza allo spazio Officina. Il ruolo dello psicologo e degli educatori in questa azione è delicato, poiché deve facilitare i

processi, sia a livello collettivo che individuale, fungendo da allestitore di situazioni, supervisore e co-attore. Le attività esperienziali realizzate includono:

- Laboratorio di murales: attraverso il coinvolgimento di un professionista esterno i ragazzi hanno potuto approfondire la storia della nascita dei graffiti comprendendo così il significato di questa forma d'arte. Successivamente i ragazzi sono stati coinvolti nella realizzazione di un murales;
- Laboratorio di fotografia: con la collaborazione di una professionista esterna si sono tenuti momenti dedicati alla fotografia e all'utilizzo di macchine fotografiche;
- Laboratorio di musica: i ragazzi si sono cimentati in attività musicali, sia di registrazione di brani sia di acquisizione di competenze nel suonare uno strumento;
- Laboratorio di scrittura: strettamente correlato alla produzione di brani musicali; i partecipanti hanno prodotto testi a partire dalle loro storie di vita, attivando un confronto con l'educatore rispetto alle modalità di espressione e alle terminologie usate;
- Laboratorio sulle IST: in occasione di alcune giornate di prevenzione, il gruppo, con l'aiuto del medico e degli operatori presenti, si è interrogato sulle infezioni sessualmente trasmesse, ha approfondito alcune patologie e lavorato su modalità di prevenzione e sesso sicuro;
- Laboratorio sportivo: i ragazzi hanno potuto sperimentarsi in alcune attività sportive come la pallavolo e il calcio. È stato possibile utilizzare degli spazi comunali adiacenti al servizio.

Questi laboratori sono stati caratterizzati da una partecipazione media da 4 a 10 ragazzi in base al laboratorio. Queste attività hanno permesso loro di imparare in modo esperienziale, acquisendo competenze pratiche e promuovendo la crescita personale attraverso l'interazione sociale e creativa.

Gruppo genitori: il gruppo di genitori, nato nell'ambito del progetto *Officina Acrobati*, rappresenta un'opportunità unica di confronto e crescita per le famiglie coinvolte. Sostenuti da un'educatrice e uno psicologo, i genitori si ritrovano mensilmente per condividere esperienze, dubbi e preoccupazioni legate all'educazione dei figli adolescenti. L'approccio scelto è quello del dialogo aperto e costruttivo, dove non si forniscono risposte definitive, ma si stimola la riflessione e la ricerca di soluzioni personalizzate. L'obiettivo è quello di creare uno spazio sicuro e accogliente, in cui i genitori possano sentirsi compresi e valorizzati, e possano acquisire nuove competenze per affrontare le sfide della genitorialità in questa delicata fase dello sviluppo. L'adesione dei genitori è stata entusiasta, dimostrando la necessità di un supporto specifico per affrontare le complessità

del rapporto con gli adolescenti. La partecipazione attiva e proattiva ai gruppi ha permesso di creare un clima di fiducia e di collaborazione, favorendo lo scambio di esperienze e la nascita di relazioni significative tra i partecipanti.

Rete territoriale: nel corso dei mesi di progetto si è lavorato anche per proseguire nella costruzione di una rete territoriale forte e collaborativa. Nello specifico, si è preso contatto con tutti i comuni e i servizi sociali, al fine di promuovere lo spazio di *Officina Acrobati* e di approfondire il tema dei giovani, nel loro contesto territoriale. L'attivazione sui Comuni ha consentito di avere maggiore dialogo anche su giovani già in carico e di attivare nuovi agganci su ragazzi in fatica, segnalati dai servizi sociali. Inoltre, il lavoro di rete ha previsto una serie di interventi su gruppi occasionali facenti riferimento alle parrocchie o allo scoutismo: in maniera spontanea differenti gruppi hanno richiesto un supporto per affrontare il tema delle sostanze e delle dipendenze con i giovani attivi nel loro gruppo. Tale richiesta è stata l'occasione per aprire le porte di *Officina* a giovani del territorio, con l'obiettivo di sensibilizzare e confrontarsi su tema ma anche di tendere le orecchie verso possibili situazioni da agganciare.

Azioni trasversali: per potenziare ulteriormente l'efficacia di *Officina* e raggiungere un numero sempre maggiore di giovani, si sono avviate, nel corso dei mesi di progetti, collaborazioni con professionisti esterni in diversi ambiti:

- Social media e gestione del sito web: esperto in comunicazione digitale che ha supportato l'équipe nella gestione di una presenza online e offline efficace;
- Supervisione per l'équipe: supervisione che ha permesso all'équipe di ricevere un supporto continuo per migliorare le proprie competenze e confrontarsi sulla gestione efficace di alcune dinamiche di gruppo;
- Formazione: realizzazione di un momento formativo per i professionisti coinvolti nel progetto finalizzato ad acquisire i bisogni e le caratteristiche dei giovani che affrontano questo tipo di problematiche.

Conclusioni

Officina Acrobati si conferma come uno spazio prezioso per i ragazzi e i giovani adulti che affrontano le sfide legate all'uso/abuso di sostanze stupefacenti legali ed illegali. In questi anni di attività, il progetto ha raggiunto importanti risultati, offrendo un luogo di ascolto, crescita e cambiamento per i giovani e le loro famiglie. Per valutare l'efficacia del servizio offerto, è stata adottata una metodologia qualitativa basata principalmente sull'osservazione partecipata. Gli operatori,

immersi quotidianamente nel contesto e nelle attività, hanno raccolto dati attraverso diari dei colloqui informali dei giovani, video e foto delle attività.

L'osservazione partecipata ha permesso di cogliere le dinamiche relazionali all'interno del gruppo, i cambiamenti comportamentali dei ragazzi/e nel tempo, le loro percezioni rispetto alle attività proposte e il grado di coinvolgimento nelle stesse.

L'approccio informale e accogliente, unito alla professionalità dell'équipe multidisciplinare, ha creato un ambiente sicuro e inclusivo in cui i ragazzi possono sentirsi liberi di esprimersi e confrontarsi. I laboratori e le attività strutturate hanno permesso loro di sperimentarsi e acquisire nuove competenze, mentre il gruppo di sostegno per i genitori ha fornito un importante supporto alle famiglie. Un aspetto fondamentale del progetto è stata la capacità di costruire una rete territoriale solida e collaborativa. La collaborazione con i servizi sociali, le parrocchie e le associazioni del territorio ha permesso di ampliare la portata del progetto e di raggiungere un numero maggiore di giovani. I risultati ottenuti, pur evidenziando l'efficacia dell'intervento, presentano alcune limitazioni legate principalmente alla natura qualitativa dei dati raccolti e alla difficoltà di isolare l'effetto specifico dell'intervento da altri fattori contestuali.

4.7

UN INTERVENTO DI PARENT TRAINING RIVOLTO AD UN GRUPPO DI FAMILIARI DI PAZIENTI TOSSICODIPENDENTI DEL SERD DI TRAPANI

Novara M.G., Faliero I., Pollina P.

Asp 9 - U.O.S. Servizio Dipendenze Patologiche - Trapani e Pantelleria - Trapani - Italy

Il contributo qui presentato è focalizzato su un intervento di psico-educazione rivolto ad un gruppo di genitori di utenti del SerD di Trapani che ha avuto la finalità di sviluppare nuove conoscenze e competenze atte a fronteggiare il complesso stato della tossicodipendenza di un figlio.

Introduzione

Il disturbo da uso di sostanze che riguarda un proprio caro, rappresenta un problema che impatta in maniera sostanziale sulla quotidianità di chi lo vive, ma si riflette inevitabilmente anche sull'intera famiglia, sollecitando gli equilibri interni e le emotività nei suoi singoli componenti: questa problematica risuona e si amplifica in ogni ambito della loro vita: affettiva, relazionale, sociale ed economica.

Da un punto di vista affettivo emergono sentimenti di preoccupazione e paura, senso di colpa ed inadeguatezza nel dover affrontare le crisi di astinenza del proprio caro: i genitori di questi pazienti sono costretti ad elaborare un dolore profondo collegato al cambiamento del proprio figlio, il cui carattere, le modalità relazionali e a volte perfino il corpo, sono profondamente cambiati dalla tossicodipendenza.

A livello relazionale invece il nucleo familiare tende ad isolarsi socialmente, per vergogna e per paura di lasciare sola la persona tossicomane, pronta a compiere qualsiasi gesto pur di procacciarsi la sostanza. Si tendono ad evitare o si riducono notevolmente le attività del proprio tempo libero, si sorveglia continuamente il proprio caro con il rischio di esacerbare degli atteggiamenti disfunzionali che non aiutano il paziente.

Spesso purtroppo gli effetti sociali sono ancora più gravi perché la famiglia vive lo stigma e la vergogna della tossicodipendenza, ossia la discriminazione fondata sul pregiudizio che il proprio figlio tossicomane sia un delin-

quente incapace di arginare comportamenti devianti. In ultimo la famiglia vive spesso anche un depauperamento delle proprie risorse economiche, messe sotto scacco dal bisogno continuo di accedere alla sostanza (Cirillo et al., 2017).

Proprio la mancanza di informazioni adeguate su questa malattia che l'OMS definisce "cronica", rende le persone vicine a chi soffre non solo isolate, ma anche disorientate ed incapaci di attivare nuove risorse per far fronte alla problematica attuale.

In questa grande confusione purtroppo si amplificano spesso i conflitti familiari, si perde la capacità di comunicare efficacemente e mantenere un proprio ruolo, alimentando un clima di fredda ma intensa dipendenza, in cui la mancanza di chiarezza, le manipolazioni, le bugie, le continue contraddizioni, le distorsioni di messaggi, alimentano le tensioni e la sofferenza (cfr. Minuchin, 2014).

Obiettivi

Date queste premesse, il SerD di Trapani ha sviluppato tra le attività volte al sostegno ed alla riabilitazione dei propri utenti, una progettualità di gruppo che avesse come beneficiari diretti i familiari di questi ultimi, con la finalità primaria di costruire e mobilitare nuove competenze e risorse, atte a fronteggiare il complesso stato della tossicodipendenza di un figlio.

Nella progettazione di questo intervento ci siamo confrontati con la possibilità di sperimentare nuovi modelli e dispositivi di trattamento, supportati da numerose ricerche che dimostrano come l'ambiente familiare in cui il paziente vive influenzi fortemente il percorso di disintossicazione, e che possano essere proficui per i genitori nell'elaborazione dei propri vissuti negativi (Cirillo et al., 2017).

Appare importante pertanto aiutare la famiglia ad aprirsi ad uno spazio di riflessione sul proprio funzionamento in relazione alla dipendenza patologica di un suo componente, modulando e contenendo l'alta emotività, al fine di attivare nuove potenzialità individuali e gruppal. Uno degli interventi più interessanti, utili e efficaci per il supporto ai familiari è il lavoro in gruppo attraverso il modello psicoeducativo, qui inteso come vera e propria attività di Parent training.

Le finalità specifiche di questo lavoro vengono di seguito sintetizzate:

1. offrire informazioni sul disturbo da uso di sostanze e sul concetto di dipendenza, sui presidi territoriali e gli interventi attivabili;
2. chiarire il rapporto tra famiglie e Servizi (SerD, Comunità Terapeutiche, Servizi Sociali, UEPE), migliorandone la collaborazione;
3. aumentare la stabilità dell'ambiente familiare, ridu-

cendo l'ansia e potenziando la fiducia in sé stessi, attraverso un rispecchiamento delle esperienze ed emotività individuali e gruppalì;

4. accrescere le conoscenze in merito alle proprie modalità relazionali e la capacità di reagire in maniera costruttiva a situazioni difficili come craving, agiti aggressivi, richieste complesse;

5. modulare gli aspetti emotivi, riducendo l'intensità dell'interazione fra i familiari e gli utenti ed aumentando le abilità comunicative.

Articolazione

Il percorso di psicoeducazione è stato articolato in sei incontri, da Dicembre 2023 a Marzo 2024, della durata di 90 minuti a cadenza quindicinale, sempre il martedì pomeriggio dalle 15,30 alle 17,00 presso i locali del SerD.

Ogni sessione è stata strutturata in due parti, la prima con dei temi che di volta in volta un professionista diverso dell'équipe del SerD presentava al gruppo ed una seconda parte più destrutturata in cui si dava spazio agli interventi spontanei dei partecipanti.

I temi scelti per avviare gli incontri di gruppo sono i seguenti:

- Primo incontro: Cosa facciamo e cosa non facciamo. Presentazione del SerD, composizione dell'équipe, mandato istituzionale, collegamento con servizi territoriali;
- Secondo incontro: Cos'è una dipendenza. Cenni biochimici, meccanismo della ricompensa, alterazione dei circuiti del piacere, craving, coazione a ripetere;
- Terzo incontro: Il punto di vista dell'assistente sociale. Concetto di privacy, accoglienza presso il servizio, prassi dell'inserimento in comunità, differenza tra comunità per tossicodipendenti e doppia diagnosi, rapporto con l'autorità giudiziaria e Uepe;
- Quarto incontro: Il punto di vista dello psicologo. Cosa si intende per stigma e vissuti correlati, genitorialità e rappresentazione della dipendenza;
- Quinto incontro: Strategie di fronteggiamento di situazione complesse. Strategie di comunicazione funzionale, simulazioni di gruppo su "cosa dite e come lo dite".
- Sesto incontro: Il punto di vista del medico. Farmacoterapia e approccio integrato.

Partecipanti

Il gruppo dei partecipanti è costituito da 15 familiari di pazienti il cui requisito di inclusione comune è stata la tipologia di tossicodipendenza dei figli (cocaina/crack). Nello specifico, hanno partecipato all'esperienza del parent training sei coppie e tre genitori singoli (F= 8; M= 7), la cui età è compresa tra i 52 e i 74 anni. Tutti i padri risultano occupati o in pensione, mentre le madri

risultano occupate in cinque casi su otto, le restanti tre, casalinghe. La presenza a tutte le sessioni è stata per la maggior parte dei componenti delle coppie abbastanza discontinua, pur riconoscendo che almeno un genitore ha partecipato all'esperienza con continuità.

La conduzione del gruppo è stata affidata a due psicologhe del SerD che hanno moderato tutti gli incontri, mentre i temi specifici sono stati presentati, ad ogni sessione, da un professionista diverso dell'équipe multidisciplinare (medici psichiatri, infermieri, assistenti sociali e psicologhe). Il dispositivo così organizzato ha permesso uno sguardo costante sul lavoro del gruppo e sulla sua processualità, garantendo il rispetto del set/setting e la continuità della trama grupppale che via via si è formata.

Strumenti

Nella progettazione del presente lavoro accanto alla scelta della modalità del lavoro attraverso il gruppo psicoeducazionale, si è sviluppato in parallelo un percorso di rilevazione quali-quantitativa di alcune variabili utili a comprendere come il parent training potesse innescare una qualche forma di cambiamento nei suoi partecipanti e come questo potesse essere "monitorato".

Gli strumenti che abbiamo utilizzato, nel rispetto della normativa sulla privacy, sono i seguenti:

1. Questionario esplorativo su motivazioni e aspettative ad intraprendere un percorso di parent training: strumento costruito ad hoc e finalizzato ad estrapolare motivazioni ed aspettative dei partecipanti e sapere se avevano già partecipato ad esperienze simili;

2. Una misura diretta della percezione di ansia e stress riferita all'ultima settimana su scala Likert a dieci punti (per nulla ? moltissimo);

3. Somministrazione del Family Assessment Device (Epstein et. al., 1983, Grandi et al., 2007) all'inizio del percorso ed alla fine (test/retest): un questionario composto da 60 item ad auto-somministrazione per la valutazione dello stile di funzionamento familiare su 6 aree/dimensioni specifiche. La dimensione del "Problem Solving" fa riferimento alla capacità della famiglia di risolvere i problemi mantenendo un funzionamento globale adeguato; quella della "Comunicazione" misura lo scambio di informazioni all'interno della famiglia lungo un continuum le cui polarità sono "chiara e diretta" e "confusa e indiretta"; la dimensione dei "Ruoli Familiari" valuta le strutture comportamentali routinarie in base alle quali i singoli membri eseguono le funzioni familiari; le dimensioni della "Risonanza Emotiva" e del "Coinvolgimento Affettivo" inquadrano chiaramente la varietà familiare delle risposte affettive e il grado in cui i componenti valorizzano le attività e gli interessi degli altri; il "Controllo del Comportamento" è la dimensione

che definisce lo stile adottato dalla famiglia nello stabilire l'aspetto normativo del vivere insieme, e il grado di scostamento da esso che è disposta a sopportare. Infine la dimensione complessiva, la settimana, definita "Funzionamento Generale" esprime come viene percepito il funzionamento globale dell'intero nucleo familiare. Lo strumento prevede un cut-off per ogni singola area al di sopra del quale e al disotto del quale si collocano i valori disfunzionali piuttosto che funzionali (Restori, A. et al., 2009)

4. Breve intervista telefonica di follow up a quattro mesi in cui è stato chiesto cosa ancora rimaneva dell'esperienza di gruppo fatta al SerD, nella loro modalità di pensare e affrontare la dipendenza dei figli.

Data Analysis

In questa sezione del lavoro, sintetizzeremo le analisi degli strumenti utilizzati. Rispetto ai 15 partecipanti, abbiamo potuto analizzare i test di 13 genitori, per 2 partecipanti non è stato possibile a causa delle assenze, mentre per uno, non è stato possibile compilare il questionario di uscita (D.M.=dato mancante).

1. Il questionario di ingresso è stato pensato per indagare se i genitori avessero già esperienze di psicoeducazione e con quali motivazioni ed aspettative si avvicinavano all'esperienza.

Nessuno di loro aveva mai partecipato a gruppi di parent training, pur essendo molto disponibili a ricevere informazioni per poter fronteggiare con maggiore consapevolezza la dipendenza dei figli.

In relazione alle due domande aperte invece, su motivazioni a partecipare al gruppo ed aspettative connesse, si sono sintetizzati i temi dominanti nel seguente schema.

Motivazioni	Aspettative
Aiutare mio figlio	Far finire tutto questo dolore
Saper fronteggiare le crisi di mio figlio	Far migliorare mio figlio
Capire dove sbaglio	Confronto costruttivo
Confrontarmi con altri genitori	Non vedo aspettative
Capire il perché della tossicodipendenza	Migliorare nell'approccio con mio figlio
Capire come avvicinarmi alla tossicodipendenza di mio figlio	Uscire da questo inferno
Avere informazioni	Avere nuovi strumenti per gestire le mie difficoltà

2. Per quel che concerne la percezione di ansia e stress, si è chiesto in forma diretta, di indicare su una scala da 1 (min.) a 10 (max.), quanto i genitori si fossero sentiti ansiosi e stressati nell'ultima settimana, in relazione alla situazione dei figli. Questa misurazione è stata registrata in ingresso ed in uscita, per comprendere se l'esperienza del gruppo avesse avuto un impatto su queste due dimensioni.

Di seguito la sintesi grafica della Media globale:

Percezione di ansia e stress - Ingresso	Percezione di ansia e stress - Uscita
M= 7,84	M=5,23

3. Il questionario utilizzato, il Family Assessment Device (Epstein et al, 1983, Grandi et al., 2007) è stato somministrato nella fase iniziale del gruppo di parent trainig e nella fase finale. Ai partecipanti è stata spiegata la modalità di compilazione, l'importanza di rispondere a tutte le domande, esplicitando il grado di concordanza o di discordanza con cui ogni affermazione descrive aspetti della propria famiglia, scegliendo tra quattro possibili risposte che vanno da "molto vero" a "completamente falso". I punteggi delle sei scale più quella del Funzionamento Globale vengono estratti sommando il punteggio ottenuto ad ogni item, che va da 1 a 4 e poi dividendo il totale per il numero degli item contenuti nella scala in questione (ogni scala contiene tra i 6 e i 12 item). Gli item che sono espressi attraverso un giudizio negativo, vengono invertiti in modo che il punteggio totale vada, come per gli item positivi, da 1 a 4. Anche il punteggio relativo ad ogni scala varia da 1 (buon funzionamento) a 4 (funzionamento molto problematico). I punteggi così ottenuti ci rappresentano come ogni partecipante percepisca lo stile di funzionamento della propria famiglia, in un contesto (in questo caso) intenzionato dalla problematica della tossicodipendenza.

Di seguito la rappresentazione tabellare di come i punteggi di ogni partecipante per ciascuna scala si collocano rispetto ai valori di cut-off delle stesse, prima e dopo l'esperienza di parent training. Abbiamo scelto questa modalità di lavoro, guidati dall'ipotesi che i contenuti proposti all'interno del gruppo, l'elaborazione emotiva dei vissuti condivisi dai partecipanti, il confronto ed il rispecchiamento con le storie altrui, potessero agire da cambiamento rispetto a come i genitori percepivano il funzionamento del proprio assetto familiare, diventando loro stessi agenti di cambiamento.

	Problem Solving		Comunicazione		Ruoli		Risonanza Emotiva		Coinvolgimento emotivo		Controllo del Comportamento		Funzionamento Globale	
	Cut-off 2,2		Cut-off 2,2		Cut-off 2,3		Cut-off 2,2		Cut-off 2,1		Cut-off 1,9		Cut-off 2	
	PRIMA	DOPO	PRIMA	DOPO	PRIMA	DOPO	PRIMA	DOPO	PRIMA	DOPO	PRIMA	DOPO	PRIMA	DOPO
Sogg.1	2,6	2,2	2,3	2,2	2,5	2,3	2	2	2,1	2,1	2,4	2,2	2,4	2,3
Sogg.2	2,7	2,4	2,6	2,3	2,3	2,2	2,7	2,4	2	2	2,5	2,3	2,2	2,2
Sogg.3	2,3	2,2	2,2	2,2	2,7	2,4	2	2	2,6	2,3	2,7	2,5	2,1	2
Sogg.4	2,4	2,2	2,4	2,2	2,5	2,2	2,4	2,1	2,1	2,1	2,7	2,4	2,4	2,2
Sogg.5	2,2	2,2	2,3	2,3	2,5	2,3	2,4	2,1	2,1	2,1	2,6	2,3	2,3	2,1
Sogg.6	2,3	2,2	2,5	2,3	2,7	2,3	2,3	2,2	2,1	2,1	2,7	2,4	2,2	2,1
Sogg.7	2,4	2,2	2,7	2,3	2,7	2,4	2,4	2,2	2,3	2,2	2,5	2,3	2,4	2,2
Sogg.8	2,7	2,3	2,6	2,3	2,5	2,3	2,3	2,3	2,3	2,2	2,4	2,2	2,4	2,2
Sogg.9	2,6	2,2	2,6	2,2	2,7	2,4	2,5	2,3	2,2	2,2	2,4	2,1	2,3	2,1
Sogg.10	2,5	2,3	2,5	2,3	2,6	2,2	2,4	2,2	2,3	2,2	2,3	2,2	2,2	2
Sogg.11	2,6	2,2	2,7	2,3	2,5	2,2	2,5	2,2	2,2	2,2	2,4	2,1	2,4	2,1
Sogg.12	2,6	2,3	2,5	2,3	2,5	2,3	2,4	2,1	2,3	2,2	2,4	2,2	2,3	2,1
Sogg.13	2,7	D.M.	2,6	D.M.	2,5	D.M.	2,4	D.M.	2,2	D.M.	2,3	D.M.	2,4	D.M.

4. A quattro mesi dalla fine dell'esperienza, si è proceduto a contattare telefonicamente ogni partecipante, chiedendo cosa ancora ricordasse del gruppo e che valutazione faceva (ormai a freddo) di questo percorso. Di seguito le risposte più ricorrenti date dai genitori (Tab. 4 - Follow-up).

Tabella 4 – Follow-up

Nonostante mio figlio si droghi ancora, cerco di rapportarmi a lui in modo diverso;
Mi sono sentita meno sola e ho capito che anche altri provano ciò che provo io;
Parlo con mio figlio in modo diverso, così non arriviamo al punto di rottura;
Parlare è stato importante, ma dalla dipendenza non si esce mai;
Queste esperienze sono importanti, è importante parlare e non rimanere nell'ombra;
Mi sono potuta lamentare di tutte le cose che non vanno nel trattamento della tossicodipendenza;
È la prima volta in tanti anni che accompagno mio figlio al Ser.D. che si fanno queste attività per i genitori.

Discussione

Quanto fin qui condiviso, ci offre interessanti spunti di riflessione su come i percorsi psico-educazionali pensati per i familiari dei pazienti dei SerD debbano essere inseriti tra le attività ordinarie dell'équipe multidisciplinare dei servizi per le dipendenze.

I dati qui riportati, evidenziano come il percorso di parent training abbia avuto degli effetti positivi sotto diversi punti di vista.

Partiamo dai livelli di ansia e stress percepiti dai nostri genitori. Il valore medio registrato ad inizio gruppo, ha subito un notevole decremento alla fine del percorso, nonostante di fatto, non sia mutata la condizione di tossicodipendenza dei figli. Questo ci offre un feedback importante su come la possibilità di poter parlare in un setting protetto, condividere e cercare nuovi percorsi di mentalizzazione, sia già di per sé un fattore di cura importante di cui i nostri genitori hanno potuto esperire gli effetti.

L'analisi del FAD ci offre invece, uno sguardo maggiormente approfondito su come alcune dimensioni che caratterizzano la percezione del funzionamento familiare siano cambiate nel corso dell'esperienza di gruppo. Il presente strumento infatti indaga sette aree pregnanti che identificano come le famiglie affrontano le sfide e le attività quotidiane. Analizzando i valori del test e del re-test ad inizio e fine percorso emergono delle differenze interessanti in talune scale e meno in altre.

La scala che si attesta come meno problematica e che non mostra punteggi particolarmente alti in entrata, mantenendosi abbastanza costante anche in fase di re-test, è quella legata al "Coinvolgimento emotivo", che misura il grado in cui la famiglia, intesa come "un sistema aperto" (Epstein, 1983), mostra interesse e attribuisce valore alle attività di ogni componente. L'attenzione è quindi focalizzata sul grado di interessamento che la famiglia dimostra, così come sul modo in cui i suoi membri si mostrano interessati e reciprocamente ingaggiati gli uni con gli altri. Probabilmente questo dato è legato al movimento delle famiglie con figli tossicodi-

pendenti, che si chiudono in maniera protettiva su essi, interessandosi a tutte le attività e i movimenti che questi ultimi compiono.

Maggiormente problematica appare invece la scala del "Controllo del Comportamento" che definisce il modo in cui la famiglia gestisce il comportamento dei suoi componenti in merito a tre situazioni: "Situazioni legate all'espressione e la soddisfazione di bisogni psicofisici", "Situazioni pericolose per l'integrità fisica" e "Situazioni che interessano il comportamento di socializzazione" (Epstein, 1985). I dati in ingresso in questa scala appaiono tutti superiori al cu-off di riferimento e nella fase del re-test registriamo un modesto ridimensionamento a valori più vicini al cut-off, ma in tutti i casi sempre superiori. Ciò dimostra che l'aspetto legato al controllo comportamentale nelle famiglie con membri tossicodipendenti è saliente ed incide in maniera significativa sul modo in cui, in questo caso i genitori, percepiscono il funzionamento del loro sistema famiglia, come se non si avesse alcun potere nel gestire certe condotte devianti e non si potesse contenere in maniera funzionale i comportamenti messi in atto dai figli. L'intervento di parent training ha sicuramente messo in luce questo aspetto, rendendo i genitori maggiormente consapevoli, ma di fatto non ha modificato questa loro percezione.

Le altre scale dello strumento invece mostrano significativi cambiamenti tra i valori di test e re-test. Partiamo dal "Problem solving" e dalla "Comunicazione": la prima misura l'abilità della famiglia di agire strategie efficaci per superare le difficoltà familiari in modo tale da preservarne un efficiente funzionamento, mentre la seconda fa riferimento a come vengono scambiate le informazioni e può assumere tre modalità in un ipotetico continuum: "strumentale/affettiva", "chiara/mascherata" e "diretta/indiretta".

In queste due scale vi è una diminuzione dei punteggi superiori al cut-off, anche in ragione del fatto che proprio una sessione del parent training è stato dedicato alla comunicazione ed alla costruzione di strategie specifiche per fronteggiare situazioni problema, in cui i genitori hanno condiviso reali episodi vissuti con i figli, potendoli ripensare alla luce di quanto appreso nel gruppo.

Una successiva scala, quella dei "Ruoli", esplora i comportamentali ricorrenti attraverso i quali i membri della famiglia compiono le diverse funzioni familiari. Attraverso il lavoro di gruppo si è potuto riflettere su come questi schemi comportamentali rigidi possono essere modificati, alleggerendo i genitori dalle eccessive responsabilità e sensi di colpa che spesso si trovano a vivere. Anche in questo caso il decremento del valore nel re-test è significativo.

La dimensione della “Risonanza emotiva” misura invece la capacità di un soggetto di reagire ad uno stimolo familiare con un’appropriata qualità e quantità emozionale, dove per qualità si intende la capacità di esperire un range vario di emozioni e non cristallizzarsi per esempio sulla paura. Mentre per quantità, si intende la capacità di rispondere in modo congruo ad uno stimolo emotivo esterno (senza risposte eccessive o sottodimensionate). Anche su questa scala, lo scambio di informazioni, il rispecchiamento attivato tra i membri del gruppo e il portare esempi specifici inerenti al loro vissuto, ha fatto sì che i nostri partecipanti fossero più consapevoli delle modalità relazionali agite nel rapporto con i figli.

In ultimo il “Funzionamento globale”, che riassume come il genitore percepisce il proprio funzionamento familiare, appare rigido ed il margine di cambiamento registrato tra test e re-test non in tutti i casi particolarmente significativo. Ciò può essere legato al profondo intenzionamento che la tossicodipendenza imprime alle famiglie, che cominciano a chiudersi e girare rigidamente su questa dimensione (Cirillo, 2007).

Ne costituisce ulteriore prova il rimando generalizzato al follow up, in cui i genitori a distanza di quattro mesi dalla fine dell’esperienza, riconoscono il valore del percorso fatto al SerD in termini di cambiamento personale e capacità di fronteggiamento delle situazioni critiche, seppure, di fatto, il problema della tossicodipendenza dei figli non sia rientrata, ma solo in alcuni casi incanalata in percorsi di recupero strutturati.

Conclusioni

Il contributo qui presentato si incardina tra le attività di cura e sostegno che il SerD si impegna ad esplicare in favore dei suoi utenti e delle loro famiglie.

Il percorso di studio sviluppato in parallelo ci ha offerto la possibilità di esplorare più accuratamente alcune variabili che descrivono nello specifico le famiglie che vivono il dramma della tossicodipendenza e che abbisognano di strumenti di comprensione specifici per poter da una parte tollerare l’enorme frustrazione a cui sono esposti e dall’altra poter essere adeguatamente di aiuto ai propri cari. L’esperienza del parent training ha mobilitato tutta l’équipe multidisciplinare del nostro servizio, creando anche un’eco all’esterno di esso ed arrivando a molte famiglie che ci chiedono quotidianamente di poter accedere a questi spazi pensati per loro.

Vogliamo chiudere questo lavoro, infine, condividendo un movimento virtuoso nato attraverso questo gruppo, che ha dato vita all’idea di un’associazione, con sede nel nostro territorio, che riunisce diverse famiglie che hanno al loro interno un figlio tossicodipendente, con la finalità di portare avanti progettualità volte al sostegno ed al recupero dei propri cari.

Bibliografia

- Cancrini, L., (1982). Quei temerari sulle macchine volanti, NIS, Roma.
- Cirillo, S. et al. (2017). La famiglia del tossicodipendente. Ed. Raffaello Cortina
- Epstein N.B., Baldwin LM, Bishop DS, (1983). The Mc Master Family Assessment Device. *Journal of Marital and Family Therapy*, 9 (2):171-180
- Epstein, N.B., Baldwin, L.M., Bishop, D.S. (2000). Family assessment device (FAD). *Handbook of psychiatric measures*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Roncone, R., Rossi, L., Muiere, E., Impallomeni, M., Matteucci, M., & Giacomelli, R., et al. (1998). The Italian version of the Family Assessment Device. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 33, 451–461.
- Grandi S, Fabbri S, Scortichini S, Balzani R, Validazione italiana del Family Assessment Device (FAD), *Rivista di Psichiatria*, 2007, 42, 2-13
- Minuchin, S. et al. (2014). L’arte della terapia della famiglia. Ed. Astrolabio

Sitografia

<https://www.coinetica.it/articoli.html>

4.8

IL GRUPPO SOCIAL SKILLS TRAINING NELLE DIPENDENZE PATOLOGICHE: L'ESPERIENZA DI UN SERD DI MILANO

Papagna P., Besana F., Caimi A., Papaluca S.
ASST Santi Paolo e Carlo - Milano - Italy

Il lavoro riassume i risultati e le caratteristiche di un gruppo riabilitativo di Social Skills Training in pazienti con Disturbo da uso di sostanze in un Servizio per le Dipendenze patologiche milanese

Introduzione

Il social skills training (SST) o training di abilità sociali, comprende un insieme di tecniche di funzionamento sociale basate sulla teoria dell'apprendimento sociale, con lo scopo di insegnare, recuperare o potenziare quelle abilità di base e complesse che sono necessarie per il raggiungimento di obiettivi personali e per il mantenimento di buone relazioni interpersonali (Yizengaw et al., 2022). Utile, quindi in un'ottica di recovery, è apprendere nuovi comportamenti mirati, o potenziarli qualora siano già presenti, perchè soprattutto per chi ha una dipendenza, sia i fattori interpersonali sia gli eventi ambientali operano come fattori causali che determinano un rischio di ricaduta, o il mantenimento di un comportamento additivo.

Metodi

Sulla base di queste premesse, è stata organizzata presso il SerD di Via Boifava Milano un'attività di gruppo di Social Skills Training composto da 8 incontri a cadenza settimanale, gestita sempre da una conduttrice (TerP) e una co-conduttrice (Assistente Sociale). Gli incontri si sono svolti di martedì pomeriggio in una sala dedicata ai gruppi e alle riunioni di équipe. Il materiale utilizzato consisteva in proiezione di diapositive e di una lavagna per focalizzare meglio alcuni concetti descritti. L'inserimento degli utenti nel gruppo veniva proposto dalla mini-équipe curante e discusso con i conduttori dell'attività. Per ogni partecipante, i conduttori hanno pianificato un colloquio singolo preliminare per illustrare il significato, gli obiettivi e le finalità dell'attività di gruppo. Ad ogni partecipante, sono state somministrate

a T0 (prima di iniziare il gruppo) e a T1 (al termine dell'attività), le scale WHOQoL, versione breve (De Girolamo et al., 2000) e il profilo di Gillen per l'assertività. È stata inoltre effettuata dai conduttori una valutazione con scala Likert, a T0 a T1, per rilevare il grado di attenzione, interesse e interazione con il gruppo durante le sessioni.

Risultati

Le variabili sociodemografiche, psicopatologiche sono raffigurate in Tabella 1, mentre i risultati degli strumenti di assesment sono descritti in Tabella 2.

Tabella 1 – variabili socio-demografiche e psicopatologiche

Età (Media, max-min)	Genere	Stato civile	Situazione lavorativa	Dipendenza primaria	Comorbidità tossicologiche	Comorbidità psichiatriche
38,2 (24-55)	1 F (16,7%) 5 M (83,3%)	1 Vedova (16,7%) 5 Celibi (83,3%)	1 Lavori saltuari (16,7%) 1 impiego regolare (16,7%) 4 disoccupato (66,7%)	3Cocaina (50%) 2 Cannabinoidi (33,3%) 1Alcool (16,7%)	2 Alcool (33,3%) 2 Cannabinoidi (33,3%) 2 Nessuna (33,3%)	1 Disturbo di personalità (16,7%) 2 Disturbo dello spettro della schizofrenia (33,3%) 1 Disturbo Bipolare tipo 1 (16,7%) 1 Depressione maggiore (16,7%) 1 Nessuna (16,7%)

Tabella 2 – risultati delle scale di assesment

	Whoqol Tot. (media, Deviaz. Standard)	Whoqol Domini fisico (M, SD)	Whoqol Domini Psicologico (M, SD)	Whoqol Domini relazioni sociali (M, SD)	Whoqol Domini ambiente (M, SD)	Gillen profilo assertivo (M, SD)	Gillen profilo aggressivo (M, SD)	Gillen profilo passivo (M, SD)	Likert Totale
T0	71 (8,72)	21,7 (3,39)	16,3 (2,80)	7,67 (2,34)	25,3 (4,59)	32,2 (4,92)	26,0 (4,80)	26,4 (2,30)	24,7 (5,43)
T1	77,2 (12,2)	23,7 (4,03)	18,7 (3,39)	8,50 (2,07)	26,3 (6,12)	32,5 (4,59)	28,8 (5,38)	25,8 (3,13)	26,5 (4,97)

Conclusioni

Nonostante il numero di partecipanti all'attività sia stato per scelta limitato a pochi soggetti, abbiamo rilevato un miglioramento nella qualità di vita in tutti i domini della scala WhoQoL, in particolare in quello fisico e psicologico. I valori della scala Gillen denotano un miglioramento dei profili di assertività e di gestione dell'aggressività, mentre è stato registrato un lieve abbassamento del dominio passivo. I valori medi della valutazione Likert hanno rilevato un miglioramento del grado di interazio-

ne, partecipazione e attenzione globali.

Il gruppo ha sin da subito creato un clima accogliente e non giudicante, anche durante alcuni momenti di criticità di un utente.

Secondo la nostra esperienza, il Social Skills Training nel contesto di un Servizio di trattamento delle Dipendenze patologiche rappresenta un utile modalità di supporto al percorso individuale, in quanto rappresenta un momento di condivisione della propria esperienza di patologia fra pari e di confronto gruppale con operatori dedicati. Tale attività consente inoltre di migliorare specifiche abilità di base e complesse, come competenze relazionali, abilità di coping, sviluppo di un senso di autoefficacia e strategie di prevenzione delle ricadute, secondo un approccio recovery-oriented (Larose et al., 2020; Yildiz et al., 2004).

Bibliografia

- De Girolamo G, Rucci P, Scocco P, Becchi A, Coppa F, D'Addario A, Darú E, De Leo D, Galassi L, Mangelli L, Marson C, Neri G, Soldani L. La valutazione della qualità della vita: validazione del WHOQOL-Breve [Quality of life assessment: validation of the Italian version of the WHOQOL-Brief]. *Epidemiol Psichiatr Soc.* 2000 Jan-Mar;9(1):45-55. Italian. doi: 10.1017/s1121189x00007740. PMID: 10859875.

- Larose, MP., Ouellet-Morin, I., Vergunst, F. et al. Examining the impact of a social skills training program on preschoolers' social behaviors: a cluster-randomized controlled trial in child care centers. *BMC Psychol* 8, 39 (2020). <https://doi.org/10.1186/s40359-020-00408-2>

- Yildiz M, Veznedaroglu B, Eryavuz A, Kayahan B. Psychosocial skills training on social functioning and quality of life in the treatment of schizophrenia: a controlled study in Turkey. *Int J Psychiatry Clin Pract.* 2004;8(4):219-25. doi: 10.1080/13651500410005595. PMID: 24930550.

- Yizengaw SS. Effect of social skills training on interpersonal interactions of children with autism: an interventional research. *Int J Dev Disabil.* 2021 Mar 25;68(6):858-866. doi: 10.1080/20473869.2021.1902730. PMID: 36568627; PMCID: PMC9788721.

4.9

LO STRUMENTO RECOVERY STAR IN UN PAZIENTE CON DISTURBO DA USO DI COCAINA E CANNABINOIDI: L'ESPERIENZA DEL SERD BOIFAVA

**Papagna P., Besana F., Caimi A., Barbini D.,
Papaluca S.**

*ASST Santi Paolo e Carlo, Dipartimento di Salute
Mentale e Dipendenze, SerD Via Boifava - Milano - Italy*

Descrizione delle caratteristiche e degli outcome di un intervento riabilitativo individualizzato in un paziente con Disturbo da uso di cocaina e cannabinoidi

Introduzione

La Recovery Star è uno strumento importante nell'ottica di condivisione del percorso di presa in carico, del concetto di empowerment, della valorizzazione dell'esperienza diretta e soggettiva del paziente (Placentino et al., 2017; Dickens et al., 2012). Sviluppata nel Regno Unito, questo strumento è stato progettato per essere utilizzato dai professionisti della salute mentale a seguito di una formazione specifica, che permetta loro di utilizzarlo con i pazienti con un approccio collaborativo, e inoltre educare questi ultimi per un utilizzo individuale di automonitoraggio. Si basa principalmente sulla scala del cambiamento, che è divisa in 5 fasi: blocco, accettazione dell'aiuto, credere nel cambiamento (crederci), apprendimento di nuove modalità comportamentali, basarsi sulle proprie forze. Il fine ultimo non è la valutazione, ma stimolare la partecipazione attiva del paziente rispetto al proprio progetto di cura, condividendolo e accettandolo. Il paziente tramite questo strumento riabilitativo viene maggiormente responsabilizzato e messo di fronte ad un più coerente esame di realtà, che spesso nei pazienti con problematiche di dipendenza risulta essere alterato (Raftery et al., 2020).

Metodi

C. è un ragazzo di 34 anni che chiede aiuto al SerD per una problematica di uso di cocaina. Riferisce consumo di THC da 5-6 anni, che attualmente avrebbe ridotto ma sarebbe arrivato in passato fino a 7-8 canne/die. L'uso di cocaina sarebbe iniziato nel 2023, anche reattivamente al termine di una relazione con una ragazza di origine brasiliana con cui conviveva. C. ha un impiego

lavorativo come cameriere in un bar, racconta che l'utilizzo è diventato sempre più importante fino a diventare quotidiano, sempre associato ad elevato consumo di bevande alcoliche. L'utilizzo di cocaina, in modalità sniff, è spesso associato a una forte eccitazione sessuale con il ricorso a comportamenti a rischio. C. possiede un diploma di maturità classica, dopo il liceo si è iscritto a Giurisprudenza, per poi interrompere dopo poco e iscriversi a Filosofia, interrompendo anche questo percorso a 6 esami dalla fine. Ha una sorella minore, descrive buoni rapporti con i genitori, con cui attualmente sta vivendo per meglio gestire il suo problema di dipendenza. Alla valutazione di screening psicologico sono emersi i seguenti valori: Toronto Alexithimia Scale TAS-20=58 (zona d'ombra alessitimia), con maggiore difficoltà ad identificare e descrivere i sentimenti; Barratt Impulsivity Scale BIS-11=58 not very impulsive. La scala Symptom Check List-90 ha evidenziato sofferenza psicologica significativa di cui lamenta molti sintomi, pur non raggiungendo i livelli dei pazienti psichiatrici. In particolare, risultano elevati gli item legati alla depressione, sentimenti di inadeguatezza, ritiro sociale, sospettosità e poca fiducia negli altri.

La scelta di compilare insieme a C. la Recovery Star è stata dettata dal confronto svolto in équipe rispetto a una difficoltà del paziente nel valutare concretamente la realtà circostante definendo obiettivi specifici. Spesso, infatti, il paziente tende ad avere una visione idealistica e immatura di ciò che lo circonda e di ciò che deve affrontare quotidianamente. Lo scopo del lavoro riabilitativo individuale è aiutarlo ad acquisire una maggiore consapevolezza dei propri limiti e delle proprie risorse. Questo dovrebbe permettergli di definire con più facilità obiettivi solidi, concreti e realizzabili in un periodo di tempo circoscritto, andando a lavorare sul senso di autoefficacia e di empowerment (Stromwall & Hardle, 2003). Questo strumento non sostituisce, ma è in parallelo agli altri interventi multidisciplinari del Servizio.

Risultati

Dalla prima compilazione della Recovery Star è emerso che le aree su cui il paziente vuole concentrarsi, sono quelle che ha individuato, in un colloquio di confronto con la TeRP, come le più compromesse e sulle quali vuole porsi i primi obiettivi a breve e medio termine. Partire dalle aree più compromesse permette di apportare un iniziale cambiamento positivo che vada poi a coinvolgere, di conseguenza, le altre aree ritenute meno prioritarie sul momento. Nel lavoro di individuazione di tali aree è stato scelto di intervenire su quella delle dipendenze, nonché quella che ha portato il paziente a rivolgersi al Servizio. In tale area, C. ha attribuito il

Immagine 1 – la recovery star di C.



punteggio di 4, che corrisponde alla fase “Accettazione dell’aiuto”. Nonostante C. si sia rivolto al SerD per chiedere aiuto rispetto al suo problema di dipendenza, appare ancora ambivalente nell’apportare un reale cambiamento e non riesce a farlo senza la spinta e il supporto da parte di terzi (genitori e operatori). L’obiettivo che C. (Immagine 1 e Tabella 1) si pone è il raggiungimento della fase successiva, ossia quella del “crederci” (con il raggiungimento del punteggio di 6), cercando di mantenere per alcuni periodi di tempo l’astensione. Ciò corrisponde ad essere consapevoli che la dipendenza ha ancora un forte impatto nella vita quotidiana, ma ci si attiva in prima persona nell’affrontare il problema e nel trovare strategie protettive adatte, con ancora l’aiuto di terzi.

L’altra area in cui C. vorrebbe apportare un cambiamento in un’ottica di recovery, è quella delle relazioni sociali a cui lui attribuisce un punteggio di 3, corrispondente, anche qui, alla fase di “Accettazione dell’aiuto”, in cui pensa ipoteticamente a una relazione affettiva che non sa come poter riuscire ad avviare e come poter portare avanti. Qui l’obiettivo che si pone è di cercare di raggiungere almeno un punteggio di 5, corrispondente alla fase del “Crederci”, in cui riuscirà a capire cosa effettivamente vuole nelle proprie relazioni e come poter modificare il proprio atteggiamento e comportamento affinché questo si realizzi.

Il tempo per impegnarsi in questi cambiamenti lo ha

Tab. 1 – la recovery Star di C.: aree prioritarie e obiettivi

Area prioritaria e punteggio	Prossimo obiettivo	Azioni SMART	Da chi?	Entro quando?
Relazioni personali 3	5	Uscire più spesso Essere più aperto a prendere iniziative, ascoltare conoscendo qualcuno	Me stesso Altri	Fine 2024 Gennaio 2025
Dipendenze 4	6	Cambiare giro di amicizie e non contattare chi “la” vende, bloccando il numero di cellulare o cancellandolo Fare cose nuove (ad esempio gite)	Me stesso SerD	Fine 2024 Gennaio 2025

fissato per la fine dell’anno, in questi mesi si impegnerà per raggiungere gli obiettivi sopra citati con azioni SMART (S:semplici, M: misurabili; A: raggiungibili o achievable, R: realistiche, T: temporizzabili).

Conclusioni

Nella nostra esperienza, lo svolgimento della Recovery Star nel paziente con problematica di uso da sostanze ha diversi vantaggi: consente all’operatore di conoscere meglio il paziente con i suoi punti di forza e di debolezza, permette al paziente di approfondire e prendere maggiore consapevolezza rispetto a una visione più realistica di sé stesso e dell’ambiente in cui vive, costruendo e rafforzando allo stesso tempo una relazione terapeutica di fiducia fondamentale per la continuità del percorso e la riduzione del tasso di drop-out. L’utilizzo di questo strumento permette di tracciare i cambiamenti nel tempo, fornendo una chiara rappresentazione del progresso o delle regressioni nel percorso di cura sulle diverse aree considerate. Inoltre, il paziente ha l’opportunità di focalizzarsi con più precisione e concretezza sulla costruzione di un progetto individuale di cura da lui stesso definito, rendendosi parte attiva e aumentando, quindi, il senso di autoefficacia e l’empowerment.

Bibliografia

- Dickens G, Weleminsky J, Onifade Y, Sugarman P. Recovery Star: validating user recovery. *The Psychiatrist*. 2012;36(2):45-50. doi:10.1192/pb.bp.111.034264
- Placentino A, Lucchi F, Scarsato G, Fazzari G; Gruppo REX.IT. La Mental Health Recovery Star: caratteristiche e studio di validazione della versione italiana [Mental Health Recovery Star: features and validation study of the Italian version]. *Riv Psichiatr*. 2017 Nov-Dec;52(6):247-254. Italian. doi:10.1708/2846.28728. PMID: 29343874.
- Raftery D, Kelly PJ, Deane FP, Baker AL, Ingram I, Goh MCW, Lubman DI, Carter G, Turner A, Dean OM, Sinclair BL, McKetin R. Insight in substance use disorder: A systematic review of the literature. *Addict Behav*. 2020 Dec;111:106549. doi: 10.1016/j.addbeh.2020.106549. Epub 2020 Jul 13. PMID: 32731008.
- Stromwall LK, Hurdle D. Psychiatric rehabilitation: an empowerment-based approach to mental health services. *Health Soc Work*. 2003 Aug;28(3):206-13. doi: 10.1093/hsw/28.3.206. PMID: 12971284.

4.10

LA TECNICA DEL COLLAGE NEL LAVORO DI GRUPPO CON GLI ADOLESCENTI

Barbara B., Asaro M.

*Dipartimento Dipendenze Patologiche SerD Alcamo -
Alcamo - Italy*

Nel lavoro di prevenzione a scuola, si rivela molto utile l'utilizzo di strumenti e tecniche di tipo espressivo, soprattutto con le classi di adolescenti, perchè permettono l'espressione di emozioni e di vissuti non sempre facili da comunicare.

*A volte per parlare al cuore dell'altro
è necessario che le parole abbiano forma di immagine
Oliviero Rossi*

Nell'ambito dei progetti di prevenzione del disagio e delle dipendenze patologiche, molto spesso grazie ai C.I.C. incontriamo le classi degli istituti secondari dove, utilizzando tecniche espressive, di arte terapia o tecniche attive psicodrammatiche, lavoriamo sulle difficoltà emotive, affettive e relazionali dei ragazzi, permettendo loro l'espressione delle emozioni e l'avvio di una comunicazione relazionale spesso difficoltosa o disfunzionale. Una delle tecniche più potenti da un punto di vista espressivo, ma semplice dal lato tecnico e manuale, è il collage.

"Il collage permette a chi lo compone di delegare all'immagine la comunicazione di emozioni profonde, sfruttando il suo grande potere immaginativo ed evocativo. Nelle arti terapie quindi il collage si inserisce nell'area più ampia dei mediatori visivi, come strumenti di conoscenza di sé, di espressione e di consapevolezza emotiva" (2).

L'utilizzo del collage "permette di sfruttare la componente immaginativa del pensiero umano, presente nei ricordi conservati nella memoria di ognuno di noi. Inoltre attraverso il collage è possibile mettere in scena la fiaba interiore di ognuno, accedendo all'immaginario personale dell'autore, lasciando tuttavia intatte le sue difese, abbassandone quindi le resistenze" (3).

In arte terapia il lavoro con il collage si inserisce nell'area più ampia che utilizza i mediatori visivi (il disegno e la fotografia) come strumenti per la conoscenza di sé,

l'espressione e la consapevolezza delle proprie emozioni. L'uso di materiale concreto da modificare manualmente e la relativa facilità delle operazioni di realizzazione (scelta, taglio, composizione e incollaggio), rende questa tecnica adatta trasversalmente a più tipologie di persone e di contesti. La composizione di un'opera di collage è da una parte abbastanza facile da essere realizzabile da tutti, dall'altra il suo contenuto si rivela così ricco e suggestivo che permette di lavorare a fondo sui processi emotivi e percettivi.

La procedura per adolescenti e giovani adulti descritta da Borella (4) prevede due fasi: la prima di presentazione e realizzazione del compito, mentre la seconda di elaborazione verbale dell'elaborato. Viene effettuata una breve presentazione dello strumento e la consegna dei materiali: un foglio in formato A3, giornali e riviste, forbici, colla, matite e pennarelli colorati. Si fornisce ai ragazzi un tempo congruo di circa 30 minuti, invitandoli a scegliere le immagini che più li colpiscono nel qui e ora dell'incontro, operando una scelta istintiva e poco ragionata (De Bernart, 5).

La consegna richiede di scegliere delle immagini che parlino di loro e di dare un titolo a questa opera.

L'obiettivo che ci prefiggiamo è quello di approfondire la conoscenza di sé e il riconoscimento dell'altro per lavorare successivamente su individualismo e mancanza di empatia nella classe così come è stato proposto dal consiglio di classe.

La consegna è: "L'immagine che hai di te stesso, le tue caratteristiche e le risorse che ti caratterizzano"; (Progetto: Conosci te e l'altro)

In aggiunta ai materiali classici sopra esposti è importante fornire dei materiali che costituiscano dinamismo e una tridimensionalità all'elaborato: stoffe, fili di lana o nastri di raso, scotch e piccoli utensili di plastica. Il lavoro si svolge in un contesto di sospensione del giudizio per facilitare l'alleanza e facilitando un rispecchiamento positivo da parte dei membri del gruppo.

Gli scopi principali di uno "psico-collage" sono:

- Favorire la comunicazione delle proprie emozioni
- Promuovere l'autoconsapevolezza e l'accettazione di sé
- Sviluppare la propria identità creativa ed immaginativa
- Innalzare l'autostima tramite l'atto creativo.

L'ultimo momento dell'attività è quello di guardare il lavoro dei compagni dopo che si sono raccontati e di "contaminarli" scrivendo, disegnando, cosa vedono in loro. Quindi un dare e ricevere.

L'attività è stata molto ben accolta dai ragazzi che hanno lavorato con interesse mostrando grande voglia di parlare di loro attraverso le immagini e questi sono alcuni dei lavori prodotti.

"Il collage si è mostrato uno strumento facile da somministrare e da eseguire, in grado di attivare emozioni

profonde e di stimolare le capacità riflessive con grande semplicità. Depositando sulla carta i materiali scelti, si attiva un processo di rilettura degli stessi alla luce dei pensieri e delle sensazioni provate, gli spazi bianchi in contrasto a quelli pieni di elementi elicitano una rielaborazione introspettiva del paziente e fotografano la fase evolutiva in cui è qui ed ora. La semplicità dello strumento permette una propria versatilità, sia di adattamento delle tematiche proposte, sia dell'utilizzo individuale o in gruppo"(6).

Bibliografia

1. Arnheim R., (2007), *L'immagine e le parole*. Mimesis, Milano.
2. Adiutori S., (2015), *La tecnica del collage e il lavoro autobiografico*. In *Nuove Arti Terapie*, anno IV, n. 15.
3. Giaveri L. *Reinventare il collage: adattamenti dello strumento in terapia, in contesti formativi e ai tempi del covid-19* in *Frattali Rivista semestrale online di psicologia e psicoterapia sistemica al tempo della complessità*, anno 2, n.1 maggio 2021.
4. Borella M., (2016). *Il collage di immagini nella terapia con adolescenti e giovani adulti*. In *Terapia familiare*, fascicolo 110.
5. De Bernart R., (1995). *L'immagine nel trattamento della coppia e della famiglia psicosomatica*. Istituto di Terapia Familiare di Firenze.
6. Giaveri L. *Reinventare il collage: adattamenti dello strumento in terapia, in contesti formativi e ai tempi del covid-19* in *Frattali Rivista semestrale online di psicologia e psicoterapia sistemica al tempo della complessità*, anno 2, n.1 maggio 2021.

4.11

LA PRATICA DELLA MINDFULNESS NEL LAVORO CLINICO CON LE DIPENDENZE PATOLOGICHE

Barbara B., Asaro M.

*Dipartimento Dipendenze Patologiche SerD Alcamo -
Alcamo - Italy*

*“Se vogliamo essere felici,
dobbiamo innaffiare il seme
della consapevolezza che è in noi.*

*La consapevolezza è il seme dell'illuminazione,
dell'attenzione, della comprensione, della compassione,
della liberazione, della trasformazione
e della guarigione”.*

Thich Nhat Hanh

La mindfulness è stata descritta come “la consapevolezza che emerge dal prestare attenzione di proposito, nel momento presente e in maniera non giudicante, allo scorrere dell'esperienza, momento dopo momento” (1). Numerosi studi hanno dimostrato che lo sviluppo di tale consapevolezza può favorire una crescente comprensione e una graduale riduzione dei propri automatismi, reattività e giudizi che limitano la possibilità di avvicinarsi alla vita con flessibilità, apertura e curiosità e che, in maniera concomitante, possono essere causa di malessere fisico e psicologico.

Negli ultimi 40 anni si sono accumulate numerose evidenze che hanno dimostrato l'efficacia di diversi interventi basati sulla mindfulness come la Mindfulness Based Stress Reduction e la Mindfulness Based Cognitive Therapy per una larga varietà di condizioni mediche e psicologiche, che spaziano dai disturbi d'ansia e dell'umore ai disturbi alimentari e da uso di sostanze, dal dolore cronico all'ipertensione. Negli ultimi anni, inoltre, crescente attenzione viene data anche all'impiego della mindfulness nel contesto della terapia individuale come mezzo per adattare meglio la pratica della mindfulness alle specifiche esigenze individuali dei singoli pazienti.

Le pratiche di Mindfulness che si sono sviluppate notevolmente negli ultimi anni riguardo le dipendenze patologiche (MBRP – Mindfulness Based Relapse Prevention) hanno lo scopo di promuovere e favorire una sempre maggiore consapevolezza dei trigger legati all'uso di

sostanze, degli schemi abituali implicati nei comportamenti di dipendenza e delle reazioni “da pilota automatico” che portano a mettere in atto comportamenti disfunzionali di uso e abuso. Sappiamo infatti come spesso dietro ai comportamenti di abuso ci sia soprattutto una notevole impulsività, un'incapacità di tollerare il dolore o di procrastinare il piacere, un giudizio negativo sulla propria capacità di far fronte alle difficoltà e di mantenere la motivazione alla cura.

Gli obiettivi principali del lavoro attraverso la Mindfulness sono:

1. Sviluppare la consapevolezza dei trigger personali e delle reazioni abituali in modo da individuare quando si agisce con il “pilota automatico” e imparare a creare un “tempo di consapevolezza”, una pausa tra questi processi percepiti come automatici;
2. Modificare il rapporto con la sofferenza, riconoscendo e gestendo in modo funzionale e utile le esperienze emotive difficili;
3. Promuovere una modalità basata sulla compassione e sulla sospensione del giudizio verso la propria esperienza. La pratica permette ai pazienti di riconoscere nella quotidianità un momento difficile emotivamente, ad esempio, situazioni relazionali difficili, in cui si è abituati a reagire in modo impulsivo, situazioni di ansia, tristezza, rabbia o altre emozioni percepite come difficili da gestire.

La mindfulness aiuta i pazienti a “ancorarsi” al presente, distogliendo l'attenzione dai ricordi traumatici che possono provocare ansia e paura. Questo permette ai pazienti di osservare le loro reazioni fisiche e emotive senza essere sopraffatti da esse, facilitando una maggiore regolazione emotiva. Attraverso la mindfulness, i terapeuti guidano i pazienti a tracciare le loro sensazioni corporee, movimenti, emozioni e pensieri che emergono in risposta a specifici stimoli o ricordi. Questo “tracciamento” aiuta a identificare e lavorare su blocchi fisici o emozionali che possono essere radicati nel trauma. Con la mindfulness, i pazienti imparano a tollerare e processare le emozioni dolorose in modo sicuro, facilitando una graduale desensibilizzazione agli stimoli traumatici. Questo processo aiuta a integrare esperienze traumatiche passate in un contesto di maggiore sicurezza e controllo personale.

Molto importante è il ruolo riservato al rapporto tra sensazioni fisiche, emozioni e pensieri, l'intima correlazione tra una sensazione emotiva e la corrispettiva ideazione. L'emozione viene presentata come “pensiero accompagnato da sensazione fisica”. La persona viene guidata a descrivere quello che sta provando e il materiale prodotto dall'osservazione non viene “interpretato”, ma portato alla coscienza. Il paziente ne diventa consapevole e può utilizzare questo percorso di indagine per altre situazioni, in altri momenti, se solo richiama lo stato di

mindfulness. Altre tecniche che aiutano a riconnettersi con il corpo sono:

1. **Grounding (Radicalizzazione):** Il grounding è una tecnica fondamentale che aiuta i pazienti a sentirsi più ancorati e sicuri nel loro corpo. Si pratica portando consapevolmente l'attenzione su parti del corpo che toccano una superficie stabile, come i piedi sul pavimento o la schiena contro una sedia. Questa pratica può essere particolarmente utile per i pazienti che sperimentano dissociazione o eccessiva stimolazione emotiva, poiché promuove un senso di solidità e presenza nel qui e ora.
2. **Orientamento nello Spazio:** Questa tecnica incoraggia i pazienti a osservare attivamente il loro ambiente circostante, identificando oggetti specifici, suoni o altre sensazioni sensoriali. L'orientamento aiuta a combattere la sensazione di minaccia che può derivare da stati di ipervigilanza o flashback traumatici, riconfermando al paziente che si trova in un luogo sicuro e distante dagli eventi traumatici passati.
3. **Respirazione Consapevole:** La respirazione consapevole è utilizzata per aiutare i pazienti a regolare le loro risposte emotive e fisiologiche. Concentrandosi sul ritmo e sulla profondità del respiro, i pazienti possono ridurre l'ansia e calmare il sistema nervoso. Questa pratica è spesso usata come punto di partenza per altre tecniche di mindfulness, poiché una respirazione controllata e consapevole può significativamente migliorare la capacità di rimanere ancorati nel presente.
4. **Mindful Movement (Movimento Consapevole):** Il movimento consapevole incoraggia i pazienti a esplorare movimenti gentili e deliberati, come lo stretching o il camminare lentamente, prestando attenzione alle sensazioni che questi movimenti evocano nel corpo. Questa tecnica può aiutare a riconnettere mente e corpo, migliorando la consapevolezza di come le emozioni influenzino il corpo fisico e viceversa.
5. **Scan Corporeo:** Lo scan corporeo è una pratica di mindfulness in cui l'attenzione viene gradualmente spostata attraverso diverse parti del corpo, notando sensazioni specifiche come tensione, calore o formicolio. Questo esercizio può aiutare i pazienti a identificare e rilasciare tensioni accumulate, spesso associate a stati di stress o a ricordi traumatici.

La pratica formale e informale della mindfulness viene in soccorso per trasformare le dipendenze in comportamenti consapevoli e consente di fare luce:

- su ciò che innesca i comportamenti nocivi
- sulle emozioni e gli stati d'animo che tale comportamento nocivo allevia nell'immediato.
- sulle conseguenze che ne derivano.

Inoltre permette di:

- iniziare un percorso di risposta anziché di reazione compulsiva.
- Prendere consapevolezza delle problematiche che le nostre azioni comportano all'interno della nostra vita.
- Prendere consapevolezza del livello di serietà delle problematiche che si affrontano.

Come dice Janet Surrey (2) "La mindfulness relazionale può essere definita come la pratica e la coltivazione della mindfulness in un contesto relazionale impegnato, da persona a persona. Per il terapeuta, ciò significa consapevolezza dei propri stati interni, osservazione della connessione empatica momento per momento con il paziente e consapevolezza continua del cambiamento della relazione tra paziente e terapeuta.

Molto importante il ruolo e la presenza del terapeuta formato, infatti quando siamo più vulnerabili, la nostra esperienza di essere un sé integrato dipende dalla sintonia emotiva o dalla "regolazione" che riceviamo da chi ci è più vicino. Un "altro disregolato" è una persona vicina la cui risposta emotiva ci fa sentire invece frammentati. È molto importante creare una connessione empatica fra terapeuta e paziente e una condivisione di intenti. Infatti "L'utilizzo dei principi della neuroplasticità nella pratica clinica migliora la relazione terapeuta-cliente e sfrutta gli specifici cambiamenti neurali che possono verificarsi con un'interazione intenzionale. Promuovendo l'integrazione neurale, il collegamento tra le parti differenziate di un sistema, il clinico può facilitare la crescita del cliente" (3).

Le metafore e le visualizzazioni possono essere utilizzate per facilitare una connessione più profonda con le esperienze interne. Per esempio, un paziente potrebbe immaginare di mettere le emozioni difficili in un fiume che scorre, aiutandolo a percepire il proprio dolore come qualcosa di esterno che può essere osservato e rilasciato piuttosto che come un'entità soverchiante.

Anche rispetto alla prevenzione delle ricadute, la mindfulness può avere un ruolo molto importante. Marlatt e altri (4) propongono un insieme di tecniche interdipendenti mirate a sviluppare strategie di autocontrollo e a modificare convinzioni e aspettative maladattive.

"Uno dei contributi fondamentali della RPT di Marlatt è aver distinto tra relapse e lapse. Con lapse o scivolata si intende l'uso iniziale della sostanza, che non necessariamente porta ad una ricaduta completa. La scivolata o errore viene quindi considerata come opportunità di apprendimento, quasi inevitabile in un processo di cura che si orienta tra tentativi ed errori, all'interno di un percorso che il soggetto compie per imparare a gestire il craving, per raggiungere l'astinenza e cambiare abitudini di vita"(5).

Bibliografia

1. Kabat-Zinn, J. (2003). Interventi basati sulla consapevolezza nel contesto: passato, presente e futuro. *Psicologia clinica: scienza e pratica*, 10 (2)
2. Surrey, J. L., & Kramer, G. (2013). Relational mindfulness. In C. K. Germer, R. D.
3. Siegel, D. (2013). *Il Terapeuta consapevole. Guida per il terapeuta al Mindsight e all'Integrazione neurale*. Sassari: Istituto di Scienze Cognitive Editore
4. S., Chawla N., Marlat G.A., Devoti M., Movalli M., Testa M., *Mindfulness e comportamenti di dipendenza. Guida pratica per la prevenzione delle ricadute* Raffaello Cortina 2013
5. Hinnenthal I.M., Cibir M. *Il trattamento residenziale breve delle dipendenze da alcol e cocaina: Il modello Soranzo*, SEEd Torino 2011

4.12

DIPENDENZA DA CIBO O DISTURBO DA ALIMENTAZIONE INCONTROLLATA? I SERVIZI PER LE DIPENDENZE PATOLOGICHE ALLE PRESE CON PAZIENTI CHE PRESENTANO COMPULSIONI ALIMENTARI

Barbara B., Asaro M.

*Dipartimento Dipendenze Patologiche SerD Alcamo -
Alcamo - Italy*

*È un tutto che è fatto di niente...
per quanto la mancanza venga negata,
per quanto il corpo venga ridotto alla forma di un
"sacco" vuoto,
c'è qualcosa che non si riempie. Mai del tutto.
(M. Recalcati L'ultima cena: anoressia e bulimia)*

Nel lavoro di prevenzione presso i C.I.C. ci troviamo spesso in presenza di adolescenti che presentano molti segni clinici che possono essere riferiti al disturbo dell'alimentazione e della nutrizione (bulimia o binge) o come spesso viene diagnosticata oggi "food addiction", e questo genera all'interno dell'équipe numerose perplessità riguardo all'aspetto nosografico e soprattutto al dubbio relativo a quale servizio debba farsene carico, se il DSM come patologia psichiatrica o il SERD come dipendenza patologica.

"La dipendenza da cibo (food addiction, FA) è una entità psicopatologica introdotta per la prima volta da Ashley Gearhardt della Yale University nel 2009. Essa viene definita come un desiderio disadattivo di appagamento con perdita del controllo del comportamento alimentare, esistente sovente anche in un incremento ponderale. Sebbene il cibo sia in grado di determinare, al pari delle comuni sostanze d'abuso, vere e proprie modificazioni biochimiche cerebrali, l'assunzione degli alimenti si configura come necessaria alla sopravvivenza e pertanto non esclusivamente edonistica, permettendo di classificare la dipendenza da cibo come vera e propria dipendenza comportamentale al pari di gambling, sesso-dipendenza e shopping compulsivo" (1).

Riccardo Delle Grave in un suo articolo dal titolo "La

dipendenza da cibo è un disturbo specifico o un concetto privo di significato clinico?" sottolinea: "La proposta dell'esistenza della cosiddetta "dipendenza da cibo" (food addiction) ha stimolato alcune recenti ricerche e discussioni nella letteratura scientifica, ma i dati disponibili sono controversi e l'opinione dei clinici e ricercatori è divisa"(2).

I ricercatori dell'Università di Leeds (UK) ad esempio hanno eseguito nel 2015 una revisione sistematica sulla dipendenza da cibo, come definita dalla Yale Food Addiction Scale (YFAS), di 40 studi sperimentali sugli esseri umani pubblicati dopo il 2009. I risultati della revisione indicano che i dati a sostegno dell'ipotesi che la dipendenza da cibo sia una malattia neurobiologica, come i disturbi da uso di sostanze, sono molto limitati. Al contrario il gruppo di studio della SIS.DCA (Società Italiana per lo studio dei disturbi del comportamento alimentare) nella presentazione del volume "La Food Addiction: La Centralità nello Sviluppo dei Disturbi Alimentari & Obesità" afferma che "Il tema della Food & Addiction è ormai disseminato ad ampio raggio e dobbiamo tenerne conto. Gli Autori di questo volume affrontano un tema sviscerato sul piano scientifico e antico quanto lo è l'umanità, la regolazione e la disregolazione del comportamento alimentare che riguarda l'essenza della vita. In relazione alla sopravvivenza, l'uomo ha saputo conservarne l'esistenza per miliardi di anni, senza minare l'estinzione della specie, anzi producendo miglioramenti sostanziali dell'aspettativa a livelli massimali. Purtroppo oggi la disregolazione del comportamento alimentare assume connotazioni negative per l'amplificazione della produzione di alimenti che innescano la Food & Addiction. Questa "novità" del cibo= droga, sostenuta da circuiti neurali comuni a quelli che sottendono tutte le sostanze psicoattive, dalla cocaina all'alcol e alla nicotina, ha portato gli Autori ad aprire il capitolo della "Convergenza tra Disturbi Alimentari & Obesità e Substance Use Disorders". La convergenza tra Disturbi Alimentari-Obesità e Disturbi da Uso di Sostanze è stata spesso osservata nei soggetti con Bulimia Nervosa (meno frequentemente in soggetti con Binge Eating Disorder e Obesità), che sostituiscono il cibo alla droga per la necessità vitale del Sistema dell'Omeostasi Edonica della Ricompensa" (3).

Il cibo può essere ritenuto una "sostanza" simile alle droghe, in quanto impegna gli stessi circuiti neurali e può produrre adattamenti comportamentali simili a quelli che si verificano con le sostanze. "Questo di per sé non è sorprendente, dato che i modelli di "dipendenza" suggeriscono che l'effetto delle droghe si riproduce attraverso il "furto" dei circuiti neurali che sottoscrivono la motivazione e il piacere, tra cui il cibo inteso come "sostanza" (4).

È stato ipotizzato, inoltre, che i cibi raffinati e manipolati possono essere coinvolti, per i loro profili nutrizionali specifici, come l'alto contenuto di zucchero e, in diversa combinazione, quello dei grassi, che non si trovano in natura. Questi contenuti creano una iperpalatabilità che rinforza la ricompensa.

Il rapporto Istisan 23/25 "Dipendenze comportamentali nella Generazione Z: uno studio di prevalenza nella popolazione scolastica (11-17 anni) e focus sulle competenze genitoriali" ha l'obiettivo di illustrare i principali risultati dello studio epidemiologico su alcune dipendenze comportamentali condotto nell'ambito del progetto "Dipendenze comportamentali nella Generazione Z. Studi di prevalenza nella popolazione scolastica (11-17 anni) e correlazione con percezioni e competenze genitoriali, anche alla luce dell'emergenza pandemica da COVID-19". Lo studio è stato realizzato tra il 2022 e il 2023 dal Centro Nazionale Dipendenze e Doping dell'Istituto Superiore di Sanità, grazie al supporto del Dipartimento per le Politiche Antidroga della Presidenza del Consiglio dei Ministri. Lo scopo principale di questo studio epidemiologico è stato quello di stimare la diffusione di alcuni comportamenti a rischio di insorgenza di dipendenze comportamentali, quali Social Media Addiction, Internet Gaming Disorder, Food Addiction, e monitorare la tendenza al ritiro sociale nella popolazione scolastica. In questo studio viene inoltre sottolineato che "ad oggi, la definizione di FA (food addiction), sottolinea che l'esposizione frequente ad alcuni cibi può portare a risposte nel sistema cerebrale dopaminergico (coinvolto in numerosi meccanismi neurologici, tra cui i processi di gratificazione) simili a quelle osservabili nelle dipendenze da sostanza e comportamentali. Queste analogie hanno consentito di postulare l'ipotesi dell'esistenza di una dipendenza da cibo (Adams et al., 2019). La FA è un comportamento associato a condotte compulsive, perdita di controllo, propensione alla ricaduta durante i periodi di astinenza e persistenza del comportamento nonostante la consapevolezza delle conseguenze negative sulla salute. È spesso descritta come un'entità molto complessa che include alcune componenti cliniche di un disturbo alimentare (ossia la mancanza di controllo sul comportamento alimentare) e di un disturbo da uso di sostanze (il craving); riguarda, inoltre, tratti di personalità impulsivi e il disturbo ossessivo compulsivo (in riferimento ai pensieri intrusivi legati a segnali alimentari) (Gearhardt et al., 2011; Pelchat, 2002). Le caratteristiche diagnostiche possono essere riassunte in perdita di controllo, tolleranza, impedimento a impegnarsi in altre attività, insuccesso nella riduzione del consumo, problemi psicologici e angoscia (Carroll Turpin et al., 2023)" (5).

Nella nostra esperienza l'utilizzo del questionario YFAS ci ha permesso di discriminare le condizioni cliniche che

più si avvicinano alla dipendenza da cibo e per questo richiedono un intervento del SerD. Lo YFAS è uno strumento self-report di 25 item che si basa sui sette criteri sintomatici per dipendenza da sostanze definiti dal DSM-IV-TR, incluso due item che valutano la presenza di danno clinico significativo o disagio derivante dall'alimentazione in eccesso. Una diagnosi dicotomica di dipendenza da cibo si applica quando sono presenti almeno tre criteri sintomatici e un danno clinico significativo. In alternativa, può essere misurato un conteggio dei sintomi da 1 a 7 per valutare la gravità della sintomatologia presente.

Sebbene gli studiosi non siano concordi sulla denominazione "food addiction" riguardo ai problemi alimentari perché questo avrebbe sicuramente delle ripercussioni inevitabili sulla presa in carico e sulla terapia, credo sia comunque corretto avere grande attenzione a questi disturbi sin dal nascere, soprattutto nella popolazione adolescenziale.

Come sottolinea infatti Riccardo Della Grave (6) "È importante comunque sottolineare che, anche se si esclude il modello della food addiction nella genesi e nel mantenimento dei disturbi dell'alimentazione e dell'obesità, è raccomandabile incoraggiare l'implementazione di interventi preventivi di salute pubblica, per creare un ambiente che permetta alla maggior parte degli individui di adottare un'alimentazione salutare e uno stile di vita attivo".

Bibliografia

1. Cermaria J., Food Addiction. Studio epidemiologico sulla dipendenza da cibo, Lettere dalla facoltà n. 3 2020
2. Della Grave R., La dipendenza da cibo è un disturbo specifico o un concetto privo di significato clinico?
3. SIS.DCA, La Food Addiction: La Centralità nello Sviluppo dei Disturbi Alimentari & Obesità
4. Kelley AE, Berridge KC., The neuroscience of natural rewards: relevance to addictive drugs. *J Neurosci* 2002 22: 3306-3311. 16 Volkow ND, Wise RA. How can drug addiction help us understand obesity? *Nature Neurosci* 2005 8
5. Rapporto Istisan 23/25, "Dipendenze comportamentali nella Generazione Z: uno studio di prevalenza nella popolazione scolastica (11-17 anni) e focus sulle competenze genitoriali"
6. Della Grave R., Food addiction: un concetto di scarsa validità e utilità clinica in *IJEDO Giornale Italiano dei Disturbi dell'Alimentazione e dell'Obesità* 23/05/2019

4.13

IL PROTOCOLLO D'INTESA TRA SERD E PREFETTURA NELLA PROVINCIA DI BARLETTA-ANDRIA- TRANI AI SENSI DEGLI ARTT. 75 E 121: OBBLIGO, AIUTO E PREVENZIONE

Mansi G., Zotti A., Tozzi P.B.

U.O.C. SerD/DDP ASL BAT - Andria - Italy

L'accordo tra la Prefettura della Provincia BAT e la ASL BT di Andria nasce ai sensi degli articoli 75 (Illeciti amministrativi) e 121 (Segnalazioni al Servizio Pubblico Dipendenze) del T.U. in materia di disciplina degli stupefacenti e sostanze psicotrope, prevenzione, cura e riabilitazione dei relativi stati di tossicodipendenza D.P.R. 309/90.

Introduzione

La collaborazione tra la Prefettura della Provincia di Barletta-Andria-Trani e la ASL BT di Andria è resa possibile dall'articolo 15 della Legge 241/90 che prevede la possibilità per le amministrazioni pubbliche di concludere tra loro accordi per disciplinare lo svolgimento in collaborazione di attività di interesse comune.

Un altro importante fondamento dell'accordo è la circolare n. 6/RU/2017 del 21/03/2019 del Ministero dell'Interno – Dipartimento per le politiche del Personale dell'amministrazione Civile e per le Risorse Strumentali e Finanziarie - Direzione Centrale per le Risorse Umane relativa al potenziamento delle funzionalità dei Nuclei Operativi Tossicodipendenze.

Un'esigenza comune alla Prefettura e alla ASL BT è stata quella di trovare una comune operatività in relazione alle attività a favore delle persone segnalate ex art. 75 e 121 D.P.R. 309/90 e ss.mm.ii., servendosi delle professionalità di équipe specificatamente dedicate. Altresì entrambe le istituzioni hanno deciso di collaborare allo sviluppo d'interventi finalizzati alla prevenzione, alla diagnosi e all'intervento precoce nei soggetti più giovani, compresi i consumatori saltuari di sostanze stupefacenti.

Il D.P.R. 309/90 prevede che le persone segnalate siano invitate a seguire il programma terapeutico e socio-riabilitativo di cui all'articolo 122 o un altro programma educativo e informativo personalizzato in relazione alle proprie specifiche esigenze, predisposto dal Servizio pubblico per le Dipendenze SERD del Dipartimento

Dipendenze Patologiche (DDP) della ASL competente per territorio ed individua tale servizio come referente del Prefetto per le persone individuate ai sensi dell'art. 121. Con l'art. 75 del D.P.R. 309/90 e successive modifiche il legislatore ha inteso disciplinare la detenzione di sostanze stupefacenti per uso personale cercando di conciliare una duplice necessità: da una parte l'esigenza di controllo di un comportamento illecito, dall'altro l'esigenza di aiuto e di prevenzione nei confronti del consumatore.

Gli obiettivi della collaborazione operativa e coordinata tra SerD/DDP sono i seguenti:

- definire un modello organizzativo che permetta di intervenire, nell'ottica della prevenzione, in maniera più tempestiva;
- aumentare le informazioni riguardanti i rischi e i danni legati all'uso delle sostanze stupefacenti;
- aumentare tra i giovani consumatori di sostanze la percezione del rischio e la consapevolezza relativa ai possibili danni connessi all'uso delle stesse;
- favorire il contatto con i servizi territoriali SerD/DDP della ASL, direttamente presso la Prefettura-UTG, per un intervento unitario di prevenzione ed informazione rivolto agli adolescenti ed ai giovani che vivono spesso l'esperienza del consumo con una bassa consapevolezza dei rischi e dei risvolti personali, sociali e legali;
- agevolare l'efficienza e la razionalizzazione delle risorse umane.

L'accordo prevede che i colloqui presso il SERD avvengano in tempi brevi rispetto alla ricezione della segnalazione da parte del Prefetto, al fine di intensificarne la frequenza e potenziare la possibilità di recupero e riabilitazione dei soggetti segnalati.

Metodi

Nell'accordo le competenze della Prefettura riguardano:

- l'attivazione di ogni iniziativa utile e necessaria per semplificare il procedimento amministrativo al fine di favorire un contatto precoce con le persone destinatarie dei presenti accordi;
- le convocazioni dei colloqui per i segnalati;
- il raccordo con i servizi SerD/DDP della ASL per la segnalazione di coloro che richiedono un intervento individualizzato;
- la collaborazione con i SERD della ASL BT alla realizzazione di ricerca ed attività specifiche sul tema.

Le competenze del DDP ASL BT fanno riferimento alla:

- partecipazione alle attività per la collaborazione operativa e coordinata con la Prefettura di Barletta, concordandone le fasi e le modalità d'intervento mediante la costituzione di un'équipe multidisciplinare operativa composta da operatori del SerD della ASL BT e della Prefettura secondo le descritte modalità operative con-

cordate con gli Operatori della Prefettura di Barletta;

- accoglienza, colloquio e invio in Prefettura della relazione valutativa in esito al colloquio sostenuto per i convocati ai sensi dell'art. 75;
 - presa in carico con altri colloqui di approfondimento, la discussione del caso in équipe, l'avvio di proposta di percorso terapeutico, la comunicazione alla Prefettura sull'esito, la verifica in itinere, l'archiviazione dei dati relativi agli utenti, la registrazione dell'attività di servizio.
- Nel SERD il presente lavoro è coordinato dagli assistenti sociali. Il nucleo operativo è costituito anche dagli psicologi e dagli infermieri. L'assistente sociale si occupa di effettuare il colloquio di accoglienza; successivamente lo psicologo effettua un colloquio clinico supportato da test diagnostici; gli infermieri si occupano degli esami tossicologici.

Le modalità operative definite dal protocollo sono le seguenti:

- la Prefettura invia i soggetti segnalati direttamente presso i SerD territorialmente competenti nel giorno e nell'ora concordata con gli operatori dei predetti servizi;
- nel giorno e nell'ora concordata si svolge l'incontro tra l'assistente sociale del SerD e l'utenza segnalata;
- gli operatori del SerD comunicano tempestivamente la presa in carico per l'avvio del percorso terapeutico e il relativo esito, segnalando altresì, in maniera tempestiva, l'eventuale interruzione del programma terapeutico di cui all'art. 122 D.P.R. 309/90 o l'eventuale mancata presentazione da parte dei soggetti convocati ai fini dell'adozione dei provvedimenti sanzionatori di competenza della Prefettura, inviando alla Prefettura le relative schede.

Risultati

- Collaborazione fattiva tra SerD/DDP ASL BAT e Prefettura della provincia BAT;
- Trasformazione di azioni di "controllo" in azioni di cura e prevenzione;
- Monitoraggio: il Gruppo Operativo, coordinato SERD/DDP dell'ASL BT, monitora il progressivo avanzamento degli obiettivi del protocollo e l'andamento del fenomeno relativo al consumo di sostanze stupefacenti in tempo reale;
- Nell'ambito della valutazione, il DDP dell'ASL BT, in sinergia con la Prefettura, attua un sistema di pianificazione-monitoraggio ancorato ad un sistema di misurazione quali-quantitativa al fine di effettuare anche un'attività di ricerca mirata, volta a riflettere sugli aspetti di cambiamento del fenomeno;
- Riflessioni congiunte e sperimentazione di nuovi modelli di trattamento;
- Ricerca scientifica sul fenomeno, eventi formativi, convegni a tema.

Discussione

In tale contesto normativo, il SerD viene investito di un doppio ruolo: quello del controllo e quello dell'aiuto. Le domande che gli utenti rivolgono ai servizi possono essere dettate da ragioni costrittive per lo più esterne al soggetto stesso, ad esempio per ottenere la revoca delle sanzioni.

Le persone segnalate mostrano di frequente scarso interesse verso un'autonoma assunzione della domanda d'aiuto. Spesso, gli operatori SerD devono accettare di svolgere esclusivamente un ruolo burocratico, finalizzato al controllo e al rispetto della normativa.

Le prospettive future di intervento necessitano pertanto di una riflessione condivisa sulle modalità di esercizio della funzione terapeutica e di aiuto in un contesto di questo tipo, dove è carente o assente una soggettiva rappresentazione di problematicità, ma dove è comunque presente una sofferenza dell'individuo.

Inoltre, visti i buoni esiti delle attività avviate e la necessità di consolidare i risultati già ottenuti si intende proseguire e potenziare il lavoro di collaborazione tra la ASL BT e la Prefettura BAT con l'obiettivo comune di fornire un intervento più tempestivo a beneficio delle persone segnalate.

L'acquisizione dei dati aggiornati consente la costruzione di una più efficace azione di prevenzione intersettoriale ed integrata anche in termini di scelte future rimodulabili sui gruppi per i quali sono emerse le maggiori criticità in particolare sulla popolazione giovanile.

Le parti si impegnano a collaborare per conoscere la distribuzione e le caratteristiche dei soggetti segnalati dalle Forze dell'Ordine, attraverso strumenti di rilevazione e lettura delle diverse forme di manifestazioni del fenomeno, con particolare attenzione all'ambito giovanile.

STUDIO PRELIMINARE VOLTO AD INDAGARE L'USO DEI DISPOSITIVI DIGITALI DA PARTE DEGLI ADOLESCENTI

Mansi G., Zotti A., Giangaspero R., Pallotta L.
J.U.O.C. D.D.P./ SERD ASL BAT - ANDRIA - Italy

Indagine preliminare della U.O.C. (Unità Operativa Complessa) D.D.P. (Dipartimento delle Dipendenze Patologiche) - SERD (Servizio Dipendenze Patologiche) ASL BAT nell'ambito delle dipendenze comportamentali, svolta all'interno di Scuole Primarie (SP) e Secondarie di Primo Grado (SPG) di Andria e Bisceglie.

Introduzione

Sempre più studi suggeriscono una crescente preoccupazione riguardo le compromissioni funzionali e i potenziali effetti avversi dei dispositivi elettronici sulla salute psicofisica e sulla qualità delle interazioni sociali, specie nella popolazione giovanile (Baron & Campbell, 2012). Nella società contemporanea si assiste ad una quotidiana iperstimolazione causata da dispositivi digitali quali televisione, smartphone, iPads, smartwatch etc. Un numero sempre maggiore di persone sviluppa un attaccamento ossessivo allo smartphone e in generale si osserva un utilizzo problematico dello stesso, fino a una vera e propria dipendenza (Carbonell et al., 2013; Liu et al., 2017). Le persone con dipendenza da Internet mostrano sintomi clinici come craving, astinenza, tolleranza, impulsività e compromissione delle capacità cognitive nel prendere decisioni rischiose (Block J. 2008).

Per gli adolescenti, alle prese con i compiti di sviluppo, Internet rappresenta un terreno ideale per la rappresentazione di punti di vista, sogni, desideri, ma anche disagi psichici e problematiche esistenziali (Di Lorenzo et al., 2013). Gli adolescenti presentano un'immaturità cerebrale data dai numerosi cambiamenti in atto durante questo periodo critico della vita, la quale riduce le abilità di controllo degli impulsi e li rende particolarmente suscettibili allo sviluppo di compulsioni, stimulate dal timore di essere esclusi o di "perdersi qualcosa" (Oulasvirta et al., 2012). Allo stesso tempo, anche il bisogno di ricercare stimoli ed emozioni inedite li induce ad inserirsi in situazioni ad alto rischio sia nel mondo

fisico che in quello virtuale, (Ding et al., 2017).

Siegel (2014) evidenzia alcuni dei meccanismi neurofisiologici tipici della "mente adolescente", caratterizzata da un'intensificazione dell'attività dei circuiti cerebrali dopaminergici. Il livello basale di dopamina nell'adolescenza risulta inferiore rispetto all'età adulta, ma al contempo raggiunge picchi superiori nell'incontro con esperienze nuove o particolarmente intense e piacevoli: ciò comporta una maggior propensione alla reiterazione dell'esperienza. Questi meccanismi cerebrali verosimilmente spiegherebbero una maggiore predisposizione alla noia associata alla necessità dei giovani e giovanissimi di ricercare stimoli rapidi e di breve durata, in concomitanza ad un bisogno di continua sperimentazione e messa alla prova. Adolescenti e preadolescenti sono maggiormente vulnerabili allo sviluppo di dipendenze essendo più propensi a sperimentare e provare nuovi comportamenti e sostanze.

L'uso eccessivo dei dispositivi elettronici in infanzia è un tema che merita un'attenzione particolare. Una recente indagine condotta in Scozia e Canada (Fitzpatrick C. et al., 2024) ha evidenziato che l'uso dei tablet in età evolutiva è correlato alle espressioni di rabbia e frustrazione e alla disregolazione emotiva dei bambini.

Studi di neuroimaging mostrano che trascorrendo molto tempo su Internet si verificano sia dei cambiamenti biologici nella corteccia prefrontale dorsolaterale, responsabile delle funzioni cognitive, della motivazione e del controllo degli impulsi, sia una riduzione del volume della sostanza grigia nella corteccia cingolata anteriore destra e posteriore sinistra e infine nell'insula. Altri cambiamenti avvengono nella corteccia temporale, compromettendo funzioni esecutive come pianificazione e ragionamento, le quali a loro volta alimentano la mancanza di controllo degli impulsi (Kurniasanti, 2019).

Secondo una ricerca del 2016, il 70% dei partecipanti percepisce i device elettronici (computer, smartphone etc.) come distraenti o fonte di interruzione delle loro interazioni sociali (McDaniel&Coyne, 2016b); la mancanza di comunicazione causa una diminuzione del coinvolgimento emotivo (McDaniel&Radesky, 2018a, 2018b). Uno studio più recente sottolinea come la presenza dei dispositivi abbia intaccato soprattutto le relazioni familiari (Wolfers et al., 2020). Questo particolare fenomeno viene definito technologyinterference oppure technofeference ed è una delle nuove minacce sia per le relazioni umane che per lo sviluppo sociocognitivo ed emotivo dei bambini, poiché va a ridurre la quantità e la qualità del tempo che il genitore dedica all'interazione con il figlio. La caratteristica principale degli strumenti elettronici sembra essere proprio la possibilità di evadere temporaneamente dallo stato di ansia e dal sentimento di solitudine. I soggetti più predisposti ad attivare questo pat-

tern di comportamento, potenzialmente compulsivo, sono coloro che riportano livelli più alti di stress percepito oppure livelli più bassi di autostima (Roberts & Pirog, 2013).

Il benessere psicologico può essere realmente compromesso dai dispositivi digitali, tanto da essere stata ipotizzata un'associazione tra technoference e psicopatologia, con lo sviluppo di forme di utilizzo problematico dello smartphone (Hye-Jin et al., 2018; McDaniel & Radesky, 2018a, 2018b; Stockdale et al., 2018).

Nell'ambito del progetto regionale "Gruppo Interdisciplinare Aziendale" (G.I.A.) "Il gioco della rete" rivolto a docenti, alunni e famiglie della Scuola dell'Obbligo, il DDP/SerD ASL BT ha condotto uno studio preliminare volto ad indagare l'approccio degli adolescenti nei confronti dei device elettronici.

L'esito di questo studio è stato oggetto di discussione nel corso di incontri in-formativi e di sensibilizzazione destinati agli insegnanti, agli alunni e alle famiglie delle scuole partecipanti.

Materiali e metodi

I SerD di Andria e Bisceglie hanno inviato ai docenti referenti dell'Area Salute un link Google Moduli per la compilazione in forma anonima di un questionario. I link sono stati inoltrati poi alle famiglie degli alunni.

Le Scuole che hanno aderito allo studio sono state:

- Primo Circolo "G. Oberdan" di Andria con le classi IV e V della Primaria (SP).
- Istituto Comprensivo "Battisti-Ferraris" di Bisceglie con le classi II e III della Secondaria di Primo Grado (SPG).

Il questionario, composto da n. 20 domande (aperte e chiuse), ha esplorato n. 5 aree tematiche (A):

- A1. Tempo libero e interessi;
- A2. Uso dei device elettronici;
- A3. Uso del web;
- A4. Social network;
- A5. Comportamenti in relazione all'uso dei device elettronici.

Risultati

Hanno compilato il questionario un totale di n. 164 alunni di età compresa tra i 9 e i 14 anni di età.

Rispettivamente, la SP ha partecipato alla ricerca con n. 24 questionari, la SPG con n. 140.

Nell'area A1 "Tempo libero ed interessi", le attività svolte dalla maggioranza dagli alunni della SP (9-11 anni) quotidianamente sono risultate essere nell'ordine: vedere la TV (58%), ascoltare musica (54%), navigare in Internet (46%), stare con gli amici (33%).

Nella SPG (11-14 anni) gli interessi quotidiani più rappresentati fanno riferimento in primis all'uso di

Internet (75%), all'ascolto della musica (47%), alla TV (41%) e alla frequentazione degli amici (36%).

Dall'analisi dei dati, l'uso di Internet e delle tecnologie ad esso collegate sembrerebbe prendere piede soprattutto nel passaggio dalla Scuola Primaria (SP) alla Scuola Secondaria (SPG).

L'incontro con gli amici è sicuramente un fattore importante in entrambe le fasce di età, tuttavia secondario ad esperienze quali l'ascolto della musica, alla visione della TV. Sia nella SP, sia nella SPG lo sport rappresenta un interesse secondario, praticato con una frequenza inferiore (2-3 volte a settimana) rispetto all'uso dei device (uso quotidiano). Anche la lettura rappresenta un fattore di basso interesse, poco rappresentato in entrambe le fasce d'età.

Nell'area A2 "Uso dei devices", si evidenzia che il dispositivo elettronico maggiormente utilizzato è lo smartphone, seguito dal tablet e dal Pc. Tali strumenti sono ampiamente diffusi tra bambini ed adolescenti: sono le fonti a cui si affidano per avere informazioni, risolvere i problemi, svolgere le attività didattiche. Essi sono onnipresenti nella loro vita e offrono la possibilità di interagire con gli altri, di apprendere, di divertirsi e di confrontarsi con il mondo (Weinstein & James, 2022).

La maggioranza degli alunni della SP (83%) dichiara di possedere uno smartphone proprio. Il 33% lo ha ricevuto prima dei 10 anni di età, il 50% dopo i 10 anni. Solo il 16,7% dichiara di non possederne uno.

Sia nella SP, sia nella SPG, la maggioranza di alunne e alunni affermano di collegarsi ad Internet tutti i giorni, con una percentuale crescente nel passaggio dalla SP (58,3%) e alla SPG (86,4%).

Il tempo dedicato all'uso dei dispositivi elettronici ogni giorno passa da "circa un'ora" (41,7%) nella SP a "due/tre ore" nella SPG (42,9%).

I momenti della giornata in cui i ragazzi sono più connessi al web corrispondono al pomeriggio, dopo aver svolto i compiti (87,5% nella SP; 91,4% nella SPG) e alla sera dopo cena (12,5% nella SP; 50% nella SPG). Nessuno degli alunni della SP utilizzerebbe lo smartphone di notte, diversamente dai ragazzi della SPG: il 5% di questi ultimi si collega al web anche nelle ore notturne. Per quanto riguarda l'area A3 "Uso del web", si evidenzia che nella SP l'accesso ad Internet è finalizzato al gioco on line (25%) e a scaricare giochi, film, musica (25%) e a ricercare informazioni ad esempio per lo studio (20,8%). Nella SPG l'uso del web è finalizzato a comunicare: il 68,6% dichiara di connettersi per chattare, in secondo luogo per giocare on-line.

Nella Scuola Secondaria emerge un interesse prevalente per la comunicazione on line con i pari attraverso le chat.

Sia nella SP (91%), sia nella SPG (77%) ragazzi e ragazze

dichiarano che si avvarrebbero volentieri di spiegazioni su un corretto uso della rete: in entrambi i casi preferirebbero riceverle da esperti, in secondo luogo da insegnanti e genitori. Il 18,6% degli alunni della SPG non è interessato a ricevere informazioni.

Nell'area A4 "Social network", è YouTube il social più utilizzato nella SP, seguito da Whatsapp. Nella SPG i social maggiormente utilizzati sono TikTok, Instagram, WhatsApp, meno frequentemente Facebook. Il 66,7% dei bambini della Primaria riferisce di non utilizzare i "Like"; nella SPG il 25,7% degli adolescenti metterebbe più di 30 Like al giorno; il 30% di essi dichiara massimo 10 al giorno.

Il 16,7% degli alunni della SP avrebbe fatto esperienze spiacevoli collegate all'uso dei social network. Nella SPG la percentuale scende al 10%. In entrambi i casi questi eventi sono stati supportati soprattutto da genitori e amici.

Con il crescere dell'età sembrerebbe evidenziarsi una riduzione delle esperienze spiacevoli connesse all'uso dei social network: crescendo si matura una maggiore capacità di utilizzare in modo critico gli strumenti elettronici. Dall'analisi degli dati dell'area A5 "Comportamenti in relazione all'uso dei device elettronici", gli alunni della Primaria riportano vissuti di rabbia (25%) e tensione (12,5%) in relazione all'impossibilità di connettersi e utilizzare gli strumenti digitali, sebbene il 50% neghi ogni tipo di disagio in merito. I ragazzi più grandi (SPG) dichiarano di provare maggiore tensione (20%), meno rabbia (14,3%) e di sperimentare un cambio di umore (12,1%); il 48,6% di essi nega qualsiasi malessere.

Il 25% degli alunni della Primaria dichiara di ricevere rimproveri dagli adulti di riferimento a causa dell'uso eccessivo dei dispositivi elettronici. La stessa percentuale riguarda gli adolescenti della Secondaria. Entrambe le fasce d'età tuttavia dichiarano di avere con i familiari dei momenti di condivisione riguardanti l'uso del web.

Conclusioni

I contesti in cui ragazzi e ragazze trascorrono il tempo libero e le attività che essi svolgono al di fuori della scuola possono configurarsi come importanti fattori di rischio o di protezione rispetto alle dipendenze comportamentali e da sostanze.

Mai come oggi il tempo libero ha un'importanza decisiva nella vita degli adolescenti: esso rappresenta un'occasione privilegiata per fare scelte autonome, di dare forma alla propria identità e di contribuire attivamente alla costruzione di un proprio stile di vita.

Il tempo trascorso con la famiglia e quello impegnato nello studio, nella lettura, nell'ascolto della musica, nella pratica di uno sport sono dei fattori di protezione rispetto al coinvolgimento nell'uso dei dispositivi Internet da

parte degli adolescenti. A differenza dei dispositivi elettronici, attività come la lettura e lo sport agiscono stimolando l'attenzione e la concentrazione.

In particolare, il tempo trascorso con i propri genitori e dedicato eventualmente anche alla visione/discussione dei contenuti dei social network, da un lato limita le occasioni di sperimentazioni rischiose, dall'altro lato offre la possibilità di assumere atteggiamenti e comportamenti adulti attraverso il confronto paritario con gli adulti stessi. Il dialogo e la narrazione, sono strumenti utili sia per una definizione di sé sia per trovare nella condivisione strategie costruttive per la risoluzione dei problemi.

A livello familiare, un buon equilibrio tra sostegno e supervisione crea le premesse non solo per la costruzione di un'immagine positiva di sé, ma anche per la riduzione del rischio di un'implicazione grave e persistente nell'uso di sostanze e non-sostanze.

Attraverso uno stile educativo autorevole la famiglia svolge un ruolo protettivo sia aiutando l'adolescente nell'acquisizione di una sempre maggiore capacità di autoregolazione sia riducendo, attraverso il dialogo ed il sostegno affettivo, i sentimenti di malessere dei figli adolescenti.

In adolescenza, i ragazzi hanno il bisogno di percepirsi appartenenti al gruppo di coetanei e l'uso massivo dei social lo dimostra. Tuttavia l'utilizzo intensivo di strumenti tecnologici espone a rischi opposti, come l'isolamento, l'esclusione sociale (Anshari et al., 2019) e lo sviluppo di sintomi depressivi (Akkin Gürbüz et al., 2017). Il ruolo della solitudine, riguardo l'utilizzo problematico degli strumenti digitali è stato analizzato con particolare enfasi poiché sembra essere correlato a queste condotte disfunzionali (Gezgin et al., 2018, Yildiz-Durak, 2018; Mahapatra, 2019).

Il tempo della vita online ha progressivamente sottratto tempo alla vita reale in tutte le fasce di età. Un dato importante emerso dalla presente indagine del DDP/SerD ASL BT, riguarda i momenti in cui avviene la connessione al web: già nella Secondaria di Primo Grado ragazzi e ragazze utilizzerebbero lo smartphone di notte. Quanto più precocemente lo smartphone compare nella vita di preadolescenti ed adolescenti più aumenta il rischio che l'utilizzo dello stesso diventi pericoloso per la salute psicofisica a causa della deprivazione sociale, di sonno, per il cambiamento del tono dell'umore, per lo sviluppo di un deficit di attenzione-concentrazione e per il possibile sviluppo del comportamento di dipendenza. I bambini e i ragazzi "iperconnessi" sono limitati nel raggiungimento del potenziale di apprendimento e del benessere personale cui avrebbero diritto.

Recentemente anche il Ministro Italiano dell'Istruzione ha richiamato l'attenzione sui rischi connessi all'uso dei

devices elettronici in età evolutiva emanando una Circolare (n.5274 del 11.07.2024) contenente le disposizioni riguardanti l'uso degli smartphone nel primo ciclo di istruzione.

Attualmente la dipendenza da social media non è annoverata dal Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali (DSM-5) tra le patologie psichiatriche, tuttavia l'utilizzo eccessivo e compulsivo dei social network è ormai considerato una dipendenza comportamentale. Nel DSM-5 è riportato solo il disturbo da gioco su internet. A tal proposito, un dato che merita un approfondimento riguarda l'interesse, già dalla Primaria, di effettuare giochi online. Se un tutoraggio nell'uso adeguato dei dispositivi elettronici da parte degli adulti di riferimento può limitare i danni, un dato resta indubbio, ovvero il fatto che gli smartphone sono oggetti che strutturalmente inducono comportamenti di addiction. Tale effetto, come sopra esposto, si rivela dirompente nei bambini, fisiologicamente più vulnerabili nei confronti di esperienze che producono gratificazione immediata.

Inoltre, i social network sono luoghi progettati in modo attrattivo, per generare consenso, nei quali si cerca visibilità, assicurazione e approvazione attraverso i like: il rovescio della medaglia è una crescente esposizione del sé in senso narcisistico.

A fronte della complessità dei cambiamenti sociali in atto, le dipendenze comportamentali rappresentano un importante problema sociale che ci obbliga ad una riflessione approfondita. Diventa necessario attivare un maggiore scambio di esperienze nell'ambito della prevenzione e potenziare la formazione e la riflessione sugli effetti dell'uso delle tecnologie e del web.

Per comprendere il fenomeno della dipendenza dai devices elettronici e da Internet è necessario indagare l'utilizzo degli strumenti elettronici e della rete, intensificando la prevenzione a tutti i livelli.

Molti studi evidenziano come sia impellente l'esigenza di educare adulti e adolescenti all'uso consapevole della rete e della tecnologia.

È importante che i Servizi della Salute collaborino con le Scuole per il benessere di tutti. In questo senso il Sistema dei Servizi deve essere ripensato "rendendolo maggiormente idoneo ad intercettare i giovani, il bisogno sommerso e le dipendenze comportamentali". È fondamentale "sostenere modelli di intervento comunitari e territoriali di prossimità realmente integrati, garantendo una concreta sinergia tra gli attori del pubblico e del privato sociale" (FeDerSerD, SITD, CNCA, INTERCEAR, FICT, 2024).

Bibliografia

- Andreassen, C. S., Hetland, J. & Pallesen, S. (2010). The relationship between "workaholism," basic needs satisfaction at work and personality. *European Journal of Personality*, 24, 3-17.
- AkınGürbüz, H. G., Demir, T., GökalpÖzcan, B., Kadak, M.T., Poyraz, B. Ç. (2017). Use of Social Network Sites among Depressed Adolescents. *Behaviour & Information Technology* 36 (5): 517-523.
- Anshari, M., Alas, Y., & Sulaiman, E. (2019). Smartphone addictions and nomophobia among youth. *Vulnerable Children and Youth Studies*, 14(3), 242-247.
- Baron, N. S., & Campbell, E. M. (2012). Gender and mobile phones in cross-national context. *Language Sciences*, 34(1), 13-27.
- Carbonell, X., Oberst, U., & Beranuy, M. (2013). The cellphone in the twenty-first century: a risk for addiction or a necessary tool. *Principles of Addiction*, 1, 901e909.
- Di Lorenzo, M., Lancini, M., Suttora, C., & Zanella, T. E. (2013). La dipendenza da internet in adolescenza tra normalità e psicopatologia: uno studio italiano. *Psichiatria e psicoterapia*, 101-135.
- Ding, Q., Li, D., Zhou, Y., Dong, H., & Luo, J. (2017). Perceived parental monitoring and adolescent internet addiction: A moderated mediation model. *Addictive Behaviors*, 74, 48-54.
- FederSerD, SITD, CNCA, INTERCEAR, FICT. Un impegno delle Istituzioni alla valorizzazione del sistema di intervento per le dipendenze alla luce delle evidenze della Relazione al Parlamento 2024. 30 Luglio 2024.
- Fitzpatrick C., Pan P., Lemieux A., Harvey E.; de Andrade Rocha F.; Garon-Carrier G., Early-Childhood Tablet Use and Outbursts of Anger, *JAMA Pediatr.*, August 12, 2024.
- Gezgin, D. M., Cakir, O., & Yildirim, S. (2018). The Relationship between Levels of Nomophobia Prevalence and Internet Addiction among High School Students: The Factors Influencing Nomophobia. *International Journal of Research in Education and Science*, 4 (1): 215-225.
- Hye-Jin, K., Jin-Young, M., Kyoung-Bok, M., Tae-Jin, L., Seunghyun, Y., & Hajo, Z. (2018). Relationship among family environment, self-control, friendship quality, and adolescents' smartphone addiction in South Korea: Findings from nationwide data. *PLoS ONE*, 13(2),
- Kurniasanti, K. S., Assandi, P., Ismail, R. I., Nasrun, M. W. S., & Wiguna, T. (2019). Internet addiction: A new addiction?. *Medical Journal of Indonesia*, 28(1), 82-91.
- Liu, Q., Yang, Y., Lin, Y., Yu, S., & Zhou, Z. (2017). Smartphone addiction: Concepts, measurements, and factors. *Chinese Journal of Clinical Psychology*, 25(1), 82-87.
- Mahapatra, S. (2019). Smartphone addiction and asso-

ciated consequences: Role of loneliness and self-regulation. *Behaviour & Information Technology*, 38(8), 833-844.

- McDaniel, B. T., & Coyne, S. M. (2016b). "Technoference": The interference of technology in couple relationships and implications for women's personal and relational wellbeing. *Psychology of Popular Media Culture*, 5(1), 85-98.

- McDaniel, B. T., & Radesky, J. S. (2018a). Technoference: Parent distraction with technology and associations with child behavior problems. *Child Development*, 89(1), 100-109.

- McDaniel, B. T., & Radesky, J. S. (2018b). Technoference: Longitudinal association between parent technology use, parenting stress, and child behavior problems. *Pediatric Research*, 84(2), 210-218.

- Oulasvirta, A., Rattenbury, T., Ma, L., & Raita, E. (2012). Habits make smartphone use more pervasive. *Personal and Ubiquitous Computing*, 16(1), 105-114.

- Roberts, J. A., & Pirog III, S. F. (2013). A preliminary investigation of materialism and impulsiveness as predictors of technological addictions among young adults. *Journal of Behavioral Addictions*, 2(1), 56-62.

- Siegel D.J. (2014). *La mente adolescente*. Raffaello Cortina

- Stockdale, L. A., Coyne, S. M., & Padilla-Walker, L. M. (2018). Parent and child technoference and socioemotional behavioral outcomes: A nationally representative study of 10- to 20-year-old adolescents. *Computers in Human Behavior*, 88, 219-226.

- Weinstein E., James C. (2022). *Behind their screens: What teens are facing (and adults are missing)*. MIT Press.

- Wolfers, L. N., Kitzmann, S., Sauer, S., & Sommer, N. (2020). Phone use while parenting: An observational study to assess the association of maternal sensitivity and smartphone use in a playground setting. *Computers in Human Behavior*, 102, 31-38.

- Yıldız-Durak, H. (2018). What Would You do Without Your Smartphone? Adolescents' Social Media Usage, Locus of Control, and Loneliness as a Predictor of Nomophobia. *Addicta: The Turkish Journal on Addictions*, 5 (3): 543- 557.

4.15

GLI STRUMENTI DI SANITÀ DIGITALE PER IL CONTRASTO AL FUMO DI TABACCO NELLA POPOLAZIONE DI ETÀ SCOLARE. UNA REVISIONE DELLA LETTERATURA

Mastrostefano A.* [1], Bellantoni M.[1], Carnevale E.[3], Petracchia L.[1], Greco G.[2]

[1]Dipartimento di Fisiologia e Farmacologia, Sapienza Università di Roma - Roma - Italy, [2]Dipartimento di Scienze della Vita e Sanità pubblica, Università Cattolica del Sacro Cuore - Roma - Italy, [3]Dipartimento di Biomedicina e Prevenzione, Università degli Studi di Roma Tor Vergata - Roma - Italy

Il fumo di tabacco è una sfida nell'ambito delle dipendenze. Nella popolazione di età scolare gli interventi e le soluzioni digitali possono supportare strategie di prevenzione e di promozione della salute o facilitare la cessazione del tabagismo. Le evidenze possono guidare i servizi territoriali verso logiche di prossimità digitale.

Introduzione

Un'importante minaccia per la sanità pubblica è rappresentata dal fumo di tabacco, un importante fattore di rischio in termini di mortalità e impatto socio-economico a livello globale e costituisce una rilevante sfida nel contesto delle dipendenze. Gli interventi e le soluzioni digitali possono supportare strategie di prevenzione e promozione della salute o facilitare la presa in carico in ambito assistenziale per la cessazione del tabagismo, in particolare nella popolazione di età scolare. Gli strumenti della Sanità digitale, la cui implementazione è prevista nelle misure del PNRR, facilitano un approccio integrato e innovativo, migliorando la qualità, l'accessibilità e l'inclusività dei servizi territoriali nella rete dei servizi delle dipendenze.

Materiali e metodi

Per mappare le evidenze sull'utilizzo della Sanità digitale per contrastare il fumo tabacco è stata effettuata una ricerca degli studi di letteratura mediante una stringa di ricerca, costituita da parole-chiave interconnesse, consultando 2 basi di dati: MEDLINE (via PubMed), CINAHL Complete (via EBSCOhost). Gli studi selezionati, limitati

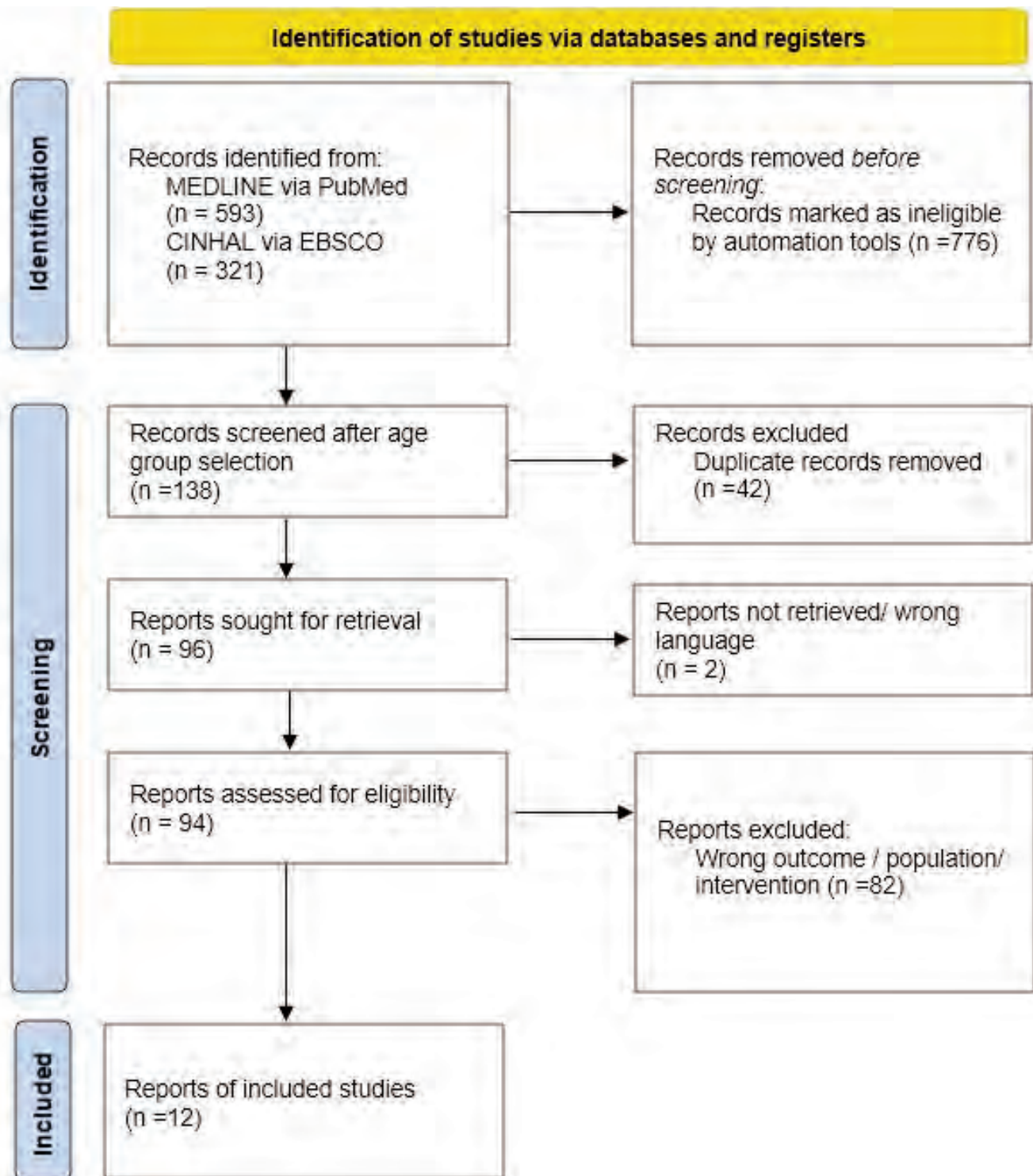
alla popolazione di 13-18 anni, sono stati inclusi secondo il metodo PRISMA-ScR (Figura 1), e in base alla tipologia (studi primari), alla lingua (inglese) e alla disponibilità di full text. I criteri di eleggibilità sono stati definiti in base al framework PCC: Popolazione (popolazione in età scolare), Concetto (Sanità digitale nel fumo di Tabacco) e Contesto (comunità/territorio).

Risultati

La ricerca bibliografica ha prodotto 914 contributi scientifici iniziali, pubblicati fino a settembre 2024. Dopo il processo di selezione per gruppo di età sono stati individuati 138 studi. L'eliminazione dei duplicati e lo screening per titolo ed abstract, in questa fase ha condotto all'identificazione di 12 lavori scientifici rilevanti. Verrà eseguita la lettura dei full text per affinare la selezione degli studi per procedere all'estrazione e sintesi dei dati e alla discussione dei risultati.

Conclusioni

Risulta promettente l'individuazione di evidenze a sostegno di interventi e soluzioni digitali per la popolazione di età scolare al fine promuovere comportamenti e stili di vita sani o indurre la cessazione del fumo di tabacco. Ulteriori studi della letteratura scientifica, relativi anche ai giovani adulti, sono necessari per esplorare ulteriori soluzioni offerte dalla Digital Health. Per l'implementazione della Digital Health sarà necessario accrescere la componente informativa per i destinatari, parallelamente a quella formativa per i professionisti coinvolti, attraverso un framework multidisciplinare, integrato e innovativo. Le evidenze della letteratura possono guidare e facilitare la messa in atto di studi-pilota, coinvolgendo i numerosi attori presenti nei servizi territoriali e nei luoghi di istruzione o aggregazione con logiche di prossimità digitale per la lotta al tabagismo.



Area tematica 5 SESSUALITÀ ED USO DI SOSTANZE Non solo ChemSex

5.1

STORIE AL FEMMINILE: SESSO E COCAINA, COME LE GIOVANISSIME SVENDONO IL PROPRIO CORPO

Barbara B., De Domenico M.
SerD - ALCAMO - Italy

È sempre più diffuso il fenomeno della mercificazione del proprio corpo nell'ambito del consumo di sostanze, sempre più giovani sono disposte a svendere il proprio corpo per soddisfare la propria dipendenza. Se l'età delle consumatrici si va abbassando quella dei clienti/spacciatori va sempre più aumentando.

Storie al femminile: sesso e cocaina come le giovanissime svendono il proprio corpo

*Se vuoi uscire devi tirarla fuori, cocaina
Se vuoi cadere sul pavimento, cocaina
Se hai avuto cattive notizie e vuoi cacciarle via, cocaina
Quando la tua giornata è finita e vuoi correre, cocaina
Se il tuo coso è andato e tu vuoi cavalcare, cocaina
Non dimenticare, non puoi riaverla indietro, cocaina
Lei non mente, lei non mente, lei non mente
(Eric Clapton Cocaine 1976)*

L'abuso di sostanze psicotrope sembrerebbe, dati alla mano, essere un problema prevalentemente maschile, gli studi epidemiologici più recenti indicano un aumento del consumo di sostanze, di cocaina in particolare, anche da parte delle donne e soprattutto delle ragazze giovanissime. Gli studi effettuati denotano che le donne differiscono dagli uomini per l'età di avvio più precoce nell'abuso di cocaina, sperimentano un craving di intensità maggiore ed una minore capacità di controllarne l'assunzione rispetto agli uomini (1).

Attraverso l'esperienza clinica di questi ultimi anni nel nostro SerD, si può affermare, in accordo con gli studi fin qui riportati, che le donne cocainomane sono in numero minore dei pazienti uomini, ma al contempo presentano una "gravità" nell'abuso, che provoca in esse conseguenze intrapsichiche, relazionali e sociali, sicuramente più preoccupanti che tra gli uomini, non da ultimo il fenomeno dello scambio di prestazioni sessuali per ottenere la dose di cocaina.

Secondo l'European Monitoring Centre for Drugs and Drug addiction (2022), "Women and drugs: health and social responses", la prostituzione è spesso associata all'uso di sostanze, in alcuni Paesi, addirittura, si stima che un'alta percentuale di donne (tra il 20% e il 50%) che usano droghe siano, anche, coinvolte nella mercificazione del proprio corpo. Lo scambio di sesso per dosi di sostanze conduce a pratiche sessuali non sicure e a rischio violenza; inoltre, questo gruppo di donne subisce anche un maggior grado di stigmatizzazione.

"La prostituzione e il consumo di sostanze psicotrope rappresentano fenomeni complessi e fluidi, indecifrabili per la loro natura prevalentemente sommersa e conosciuti solo per approssimazione" (2).

Per l'elevato stigma sociale che connota questi comportamenti, essi sono mantenuti infatti nell'ombra (3). Pur in presenza di un'ampia letteratura, nazionale ed internazionale, che cerca di dar conto delle dinamiche che intercorrono tra prostituzione e consumo di droga, i modelli che sono stati sviluppati analizzano il rapporto tra le due condotte alla luce di due paradigmi interpretativi prevalenti: il modello della dipendenza (soggetti che si prostituiscono per far fronte al craving indotto dalle sostanze) e la strategia di fronteggiamento (consumo di droga come pratica di autocura e obnubilamento del male di vivere connesso alla condizione di prostituta)". Linda Lombi sviluppa invece una riflessione sul rapporto che intercorre tra il consumo di sostanze psicotrope e la prostituzione femminile a partire da una terza lettura: la teoria dello scambio (4).

"La cocaina è diffusissima perché sono soprattutto i clienti a portarla, ad offrirla come merce di scambio dei rapporti sessuali, che consente di frequente anche un consumo sociale della sostanza, sono molte le donne infatti che non l'acquistano, ma la consumano esclusivamente grazie ai rifornimenti dei clienti" (5).

Nel momento in cui nasce questo articolo sono in carico presso il SerD di Alcamo, circa 10 ragazze dai 18 e i 21 anni, tutte con problemi di abuso di cocaina e per diverse di loro emerge nei colloqui che il consumo della sostanza è associato a prestazioni sessuali.

Ci si rende conto che una delle gravi mancanze del nostro tempo è il contenimento relazionale nei legami primari a

causa del quale vediamo nei giovani proliferare disturbi d'ansia, attacchi di panico, difficoltà del legame, patologie del mondo virtuale, desensibilizzazione corporea. Questo lo scenario in cui vivono le giovani pazienti che con grande fatica e imbarazzo riescono nel setting di terapia ad esprimere le loro emozioni, emozioni che si staccano da uno sfondo desensibilizzato, provenienti da un altrove traumatico, perché, forse, come dice lo scrittore D'Avenia il cuore non si sposta (6) e la relazione terapeutica ridesta la capacità di avvertire tutto il conflitto interiore che tali vissuti generano.

Disperazione, rabbia, disgusto, rassegnazione per l'incapacità a non saper dire di no, vergogna, tutto questo sentire seppur doloroso è un inizio.

L'ipotesi è che questo fenomeno sia molto diffuso ma che solo poche ragazze riescano ad esplicitarlo, accedendo al SerD, anche a causa del senso di vergogna e della paura del giudizio. Infatti "le donne tossicodipendenti subiscono una più forte stigmatizzazione sociale rispetto agli uomini, volendo rimarcare la condizione di incompatibilità della donna con quella della maternità. È indubbio come le donne tossicodipendenti abbiano il timore di essere etichettate come madri inadeguate ed essere conseguentemente allontanate dai propri figli. Non si può non cogliere in questo aspetto un elemento fortemente condizionante nel rapporto donna dipendente patologica e Servizio per le Dipendenze" (7).

Marta ha 20 anni, arriva una mattina da sola al servizio, con una certificazione del SPDC dove è stata ricoverata per circa 20 giorni si legge dopo ricovero per irrequietezza in disturbo di personalità, il tossicologico stabilirà l'utilizzo di cocaina.

È fasciata dentro un paio di jeans che ne evidenzia le forme, ha una canotta striminzita, il volto pallido, ha in mano dei fogli, quelli rilasciati dall'ospedale, il suo incedere è rigido, la schiena dritta, ricorda un automa.

Le è stata assegnata una terapia farmacologica importante, l'eloquio è rallentato.

Il suo sguardo è alla ricerca di qualcosa, viene da pensare di un posto sicuro, il vissuto degli operatori che l'accolgono è di forte preoccupazione, la superficie suggerisce una profonda sofferenza. Accetta di cominciare un percorso di psicoterapia presso il Ser. D per affrontare quello che le sta accadendo.

Sin dai primi incontri con lo psicoterapeuta si avverte tensione, allerta, il respiro è coartato, scarsa fluidità, ci si sente bendati dentro una cristalleria.

La storia di Marta è simile a tante altre, con lei si avverte la relazione attaccata ad un filo, è distante, irraggiungibile. Genitori separati quando aveva circa tre anni, padre aggressivo e violento verbalmente, madre anaffettiva, una sorella di qualche anno più grande fuori casa per motivi di studio. Inizia a 15 anni l'uso dei cannabinoidi

e a 18 quello di cocaina che a suo dire la rende euforica e sicura mentre nella realtà è timida e riservata. Dopo diversi colloqui in cui si prova a creare con lei una relazione accogliente e una motivazione a lavorare sulla sua sofferenza psichica, alla domanda "su cosa vuoi che cominciamo a lavorare", Marta dice "sulla mia promiscuità" e con grande fatica racconta che lei va a letto con uomini "grandi", "sposati", che non riesce a dire di no anche se non le piace fare sesso con loro. Ha cominciato perché questi uomini le davano cocaina in cambio di prestazioni sessuali, ma sta continuando anche adesso, da quando dopo il ricovero non sta più assumendo sostanze, non sa nemmeno lei perché. Profondo è il senso di vergogna che manifesta: racconta di un abuso sessuale subito all'età di 13 anni da parte di un amico qualche anno più grande di lei e di come da quel momento per lei la sessualità sia diventato un terreno particolarmente impervio e pericoloso, dove sperimenta grande disagio ma che grazie alla cocaina vive con disinibizione. Spesso alcune sostanze come alcol e cocaina vengono coniugate per aumentare le prestazioni sessuali e ridurre l'inibizione sia sociale che sessuale, questo potrebbe determinare effetti differenti sulla sfera sesso-affettiva dell'individuo (8).

Si sente molto preoccupata rispetto a questi suoi comportamenti promiscui, nessuno conosce questo aspetto di lei che vive in solitudine e con profondi sensi di colpa. Dopo l'incontro in cui parla del problema, non è più puntuale e col tempo non si presenta più agli appuntamenti, è pensabile che l'essersi esposta e aver parlato di un comportamento ritenuto riprovevole e inaccettabile, la faccia stare così male da non potere, per il momento, sostenere altri colloqui.

Dopo un'impegnativa riunione di équipe si stabilirà di richiamare la giovane paziente anche solo per rincuorarla sul fatto che potrà ritornare quando vorrà e che il servizio nella persona dello psicoterapeuta sarà sempre a sua disposizione.

Rimane clinicamente l'interesse di comprendere come la violenza fisica abbia generato una desensibilizzazione che l'abbia poi condotta ad utilizzare il corpo come merce di scambio, o se non sia al contrario un bisogno di uscire dalla anestesia a cui il trauma l'ha condannata.

A tal proposito si considera l'uso della sostanza un rimedio per sentire il proprio corpo, per sentirsi persone vive... Si rilevano disagi legati ad un'insensibilità corporea che appare nella relazione. È difficile perfino percepire l'altro, il campo è pieno di ansia e preoccupazioni (9). Rimane la percezione di un profondo dolore così grande, troppo grande, in un essere così fragile e solo.

Michela 18 anni frequenta l'ultimo anno di un istituto tecnico. Lei giunge al Servizio accompagnata da un inse-

gnante che avendo letto il suo disagio in un testo scritto, ha mobilitato un intervento di rete tra scuola e SerD. Michela viene accolta e ascoltata da un'educatrice e dall'assistente sociale, anche lei come Marta utilizza il proprio corpo come oggetto per ottenere la sostanza. La storia sembra ripetersi, Michela a differenza di Marta sembra non mostrare alcun dolore per ciò che vive da anni, il suo stile è di chi vuole rassicurare tutti che le cose andranno bene, che lei dopo il diploma si prenderà un po' di tempo per riflettere sul da farsi, sembra anestetizzata, racconta la sua storia di dipendenza e prostituzione come se non parlasse di sé.

In un secondo colloquio, a cui è spinta sempre da insegnanti e preside, emerge il forte conflitto con la famiglia e la sua vita così caratterizzata, sin da giovanissima, da abuso di sostanze e sesso promiscuo, è l'unica risposta che sa dare ai genitori che, a suo dire, le hanno già programmato il futuro. Michela non verrà più ai colloqui successivi quando, finita la scuola, non sarà più accompagnata e monitorata dai suoi insegnanti.

Anche in questo caso l'équipe decide di sentirla, almeno una volta, telefonicamente e capire i margini di intervento possibili.

Esperienze come queste ci portano a riflettere sull'opportunità di accogliere queste giovanissime in un luogo come il SerD... riteniamo che sia fondamentale [per queste ragazze] essere accolte in luoghi poco connotati, senza commistioni con le dipendenze, laddove si potrebbero rivolgere per altri motivi: l'oratorio, il consultorio familiare o un presidio sanitario generico. Luoghi adatti e gradevoli, dove sentirsi sicure, non giudicate, ascoltate e capite (10).

La trappola della dipendenza ma soprattutto l'umiliazione e la vergogna che nascono dalla perdita della loro intimità e quindi di se stesse - ricordiamo che il corpo è "il nostro primo sé, la funzione integratrice dell'essere-con" - (11) necessitano di una cura all'interno di un ambiente neutro, che non dia modo, in un piccolo centro come il nostro, di essere etichettate. Soprattutto si concorda sul fatto che le donne hanno bisogno di altre donne per ritrovare la propria identità e la propria forza (12). E ancora per identificarsi, per proiettare, abbandonando la falsa "sicurezza" [...] offerta dalla sostanza, sperimentando la propria fragilità all'interno di un "luogo" sicuro: lo spazio terapeutico protetto del gruppo (ibidem).

Bibliografia e sitografia

1. Graziani M. Nencini P. La dipendenza da cocaina al femminile: aspetti critici e trattamento in MDD Medicina delle dipendenze. 16 dicembre 2014
2. Ammataro N. Lombi L. La prevenzione del consumo di sostanze psicoattive nei luoghi di lavoro: scenario attuale e prospettive future in Cipolla C. Lombi L. Droga, mondo del lavoro e salute Franco Angeli editore 2012
3. Molteni L. "L'eroina al femminile", Franco Angeli editore 2012
4. Lombi, L., Tauro, A., Prostituzione femminile, consumo di sostanze psicotrope e teoria dello scambio, in Cipolla, C. C. Droghe al femminile, Franco Angeli, 2013
5. https://www.edscuola.it/archivio/handicap/on_the_road.htm
6. A. D'Avenia "Resisti, cuore. L'Odissea e l'arte di essere mortali", Mondadori 2024
7. Lacatena A.P. Donne e tossicodipendenza. Quando la patologia è di altro genere... Mission 53, Italian Quarterly Journal of Addiction Federserd anno XIV Aprile 2020
8. Tesi di Laurea Magistrale Dipendenza da cocaina e sessualità: una relazione controversa Laureanda: Giulia Squarzone 2023
9. M. Spagnuolo Lobb "Il now-for-next in psicoterapia. La psicoterapia della Gestalt raccontata nella società post-moderna" FrancoAngeli 2015
10. Piquette-Tomei N., Norman E., Corbin Dwyer S., McCaslin E. (2008). Group therapy for women problem gamblers: A space of their own. Journal of Gambling Issues, 22(22): 275-296. <https://hdl.handle.net/10133/689>.
11. M. Spagnuolo Lobb "Il corpo come "veicolo" del nostro essere nel mondo. L'esperienza corporea in psicoterapia della Gestalt. Quaderni di Gestalt, XXVI, 1: 41-65, Milano: FrancoAngeli 2013.
12. Fulvia Prever; Henrietta Bowden-Jones "Donne e disturbo da gioco d'azzardo Una prospettiva internazionale al femminile su trattamento e ricerca" Edizioni Deste 2012.

Area tematica 6

DIPENDENZE E COMORBILITÀ

6.1

DALLA TRANSDIAGNOSTICA DEI DISTURBI DELLA NUTRIZIONE E DELL'ALIMENTAZIONE ALLA COMORBILITÀ PER USO DI ALCOL E SOSTANZE; UN NUOVO MODELLO DI ÉQUIPE INTEGRATA

Campana M.^[1], Daffini L.^[1], Ghidelli N.^[1],
Milanese P.^[1], Cotter G.^[1], Rizzardi N.^[1], Pelliccioli
C.^[1], Acerbis D.^[2], Colombi M.^[2]

^[1]ASST Bergamo Est - Seriate - Italy,

^[2]Università degli studi di Bergamo - Bergamo - Italy

Dal continuum diagnostico terapeutico e riabilitativo dei DNA e dei disturbi da uso di alcol e sostanze (DUA/DUS), alla creazione di una équipe integrata e diffusa.

Introduzione

La letteratura scientifica riporta, in una molteplicità di lavori ben articolati e documentati, le similitudini tra i processi che sottendono alla dipendenza (addiction) ed i disturbi della nutrizione e dell'alimentazione (DNA). L'obiettivo di questo lavoro non sarà discuterne la validità scientifica che, a nostro parere, è solida ed "osservabile" nella pratica clinica quotidiana, ma proprio da questa quotidianità clinica proporre un nuovo modello di intervento multiprofessionale e multidisciplinare in un ambito, quale quello del SerD, per sua stessa natura ben disposto alla contaminazione teorico-pratica ed allo sviluppo di proposte operative articolate.

La teoria transdiagnostica è stata sviluppata ad Oxford da Cooper & Fairburn circa 20 anni fa (1) e considera i disturbi dell'alimentazione come un'unica categoria diagnostica, piuttosto che disturbi separati, e mantenuti da meccanismi comuni. La teoria transdiagnostica propone che, in gruppi significativi di pazienti, siano presenti alcuni meccanismi di mantenimento esterni o comunque sia non specifici, quali il perfezionismo clini-

co, la bassa autostima, le difficoltà interpersonali ed un elevato livello di intolleranza alle emozioni. I fattori di mantenimento esterni, se presenti, interagiscono con quelli interni nel perpetuare il disturbo dell'alimentazione attraverso vari meccanismi dimostrando una chiara comunanza con i disturbi da uso di alcol e sostanze.

Una meta-analisi che include numerosi studi pubblicati in un ventennio (2), documenta percentuali significative di coesistenza dei due disturbi (DUA e DUS) per tutte le tipologie di disturbo del comportamento alimentare (DNA), senza significative distinzioni, a conferma della "inutilità categoriale" dei singoli DNA in contesti squisitamente clinici e non di ricerca.

Obiettivi

Proporre un modello diagnostico e terapeutico, articolato ed integrato, valido per una casistica complessa e che includa pazienti con DUA, DUS e DNA, all'interno dell'équipe della S.C. SerD, dell'équipe della S.S. disturbi del comportamento alimentare ed in collaborazione con altre strutture aziendali, nello specifico la S.C. di medicina generale del presidio ospedaliero di Alzano Lombardo (BG).

Metodi

Abbiamo strutturato un gruppo di lavoro allargato, composto da alcuni professionisti delle due équipes attualmente presenti nel contesto della S.C. SerD (équipe SerD ed équipe DNA), in questo favoriti dall'appartenenza della S.S. per i disturbi del comportamento alimentare alla S.C. SerD. Abbiamo coinvolto, in occasioni specifiche e senza ulteriore aggravio di lavoro per lo specialista, un collega internista operante presso la S.C. di medicina generale che ha perfezionato il suo CV partecipando al corso di perfezionamento universitario sulla diagnosi ed il trattamento dei DNA, che la nostra ASST di Bergamo Est ha organizzato con l'Università degli studi di Bergamo lo scorso anno. La modalità operativa è molto semplice e si attiva l'équipe estesa qualora un paziente, in carico ad una delle due distinte unità operative, necessiti di un approfondimento diagnostico e di un trattamento integrato, al di là del confine nosologico imposto dal sintomo primario. Attualmente la "grande équipe" può contare su riunioni in presenza e, in prospettiva dall'inizio del prossimo anno, attraverso gli strumenti della tele-medicina.

Conclusioni

Nonostante la letteratura medica internazionale confermi l'esistenza di una significativa comorbidità tra tutte queste categorie diagnostiche, sia in campioni relativi alla popolazione generale sia in quelli di coorti cliniche, riteniamo che, nel nostro paese, vi sia ancora scarsa

attenzione ed integrazione d'intenti tra i professionisti coinvolti. La frammentarietà dell'azione specialistica è, a nostro avviso, ormai fuori dal tempo e se per i DNA la teoria transdiagnostica apporta un significativo contributo al superamento degli steccati diagnostici, purtroppo confermati anche nel DSM-5, una visione transdiagnostica più ampia e, nello specifico, estesa a DUA e DUS senza escludere necessariamente gli altri disturbi comportamentali, può favorire una migliore comprensione dei complessi casi clinici che le nostre équipe si trovano a trattare, permettendo così processi di innovazione delle strategie di trattamento e migliorando l'aderenza al trattamento proposto ai pazienti. L'attivazione di una efficace collaborazione con la S.C. di medicina generale di uno dei nostri presidi aziendali, allo scopo di stabilizzare quadri clinici complessi che necessitano di un ricovero, prima di proseguire i programmi ambulatoriali e/o residenziali specialistici, ha reso possibile il trattamento di situazioni altrimenti trattabili solo in un processo parcellizzato, magari specialisticamente inappuntabile, ma senza la necessaria integrazione che queste condizioni cliniche richiedono. Un'équipe allargata ed integrata facilita i professionisti e garantisce la migliore risposta possibile ai pazienti. Lo strumento del tele-consulto, prossimo obiettivo da raggiungere, potrà poi aggiungere velocità al confronto tra clinici e la tele-visita potrà favorire il follow-up del paziente anche in contesti di ricovero.

La grave crisi istituzionale che colpisce i nostri servizi non deve diventare un freno alle progettualità innovative anzi, l'innovazione potrà forse permettere di superare con meno fatica questo momento storico, migliorando la qualità del nostro operato, sicuramente nell'interesse primario dell'utenza ma anche degli operatori. La qualità sarà il nostro biglietto da visita nel complesso, e talvolta stigmatizzante, sistema della salute mentale. Stigmatizzante per pazienti ed operatori.

Bibliografia

1. Fairburn, C. G., Cooper, Z., & Shafran, R. (2003) Cognitive behaviour therapy for eating disorders: A "transdiagnostic" theory and treatment. *Behaviour Research and Therapy*, 41, 509-528.
2. Gadalla T, Piran N (2007): Co-occurrence of eating disorders and alcohol use disorders in women: a meta-analysis. *Arch Womens Ment Health*.10: 133-140

6.2

RICONCILIAZIONE FARMACOLOGICA E DEPRESCRIZIONE NEL SETTING DEL SERD

Campana M.*^[1], Daffini L.^[1], Ghidelli N.^[1],
Milanese P.^[1], Rizzardi N.^[1], Acerbis D.^[2],
Colombi M.^[2]

^[1]ASST Bergamo Est - Seriate - Italy,

^[2]Università degli studi di Bergamo - Bergamo - Italy

L'attività di riconciliazione della terapia farmacologica rientra nell'ambito dei servizi cognitivi previsti dal progetto ministeriale della Farmacia dei Servizi.

Proponiamo un progetto operativo come modello di innovazione e di integrazione di azioni ed esperienze che vedano protagonisti l'insieme degli stakeholders territoriali.

Introduzione

La realtà del SerD è molto spesso caratterizzata da un uso improprio dei farmaci, in un contesto di uso diffuso di sostanze stupefacenti all'interno di un mercato che è spesso illegale e parallelo a quello farmaceutico. Non sorprende quindi un consumo disordinato ed incongruo di sostanze e farmaci, perché questo rappresenta un po' il core-business dei nostri servizi ambulatoriali territoriali. La quotidianità è spesso caratterizzata proprio da interventi di riconciliazione farmaco-tossicologica e tentativi, spesso infruttuosi, di deprescrizione. Negli ultimi 30 anni la principale criticità è stata correlata al consumo di Benzodiazepine (BDZ), consumo che spesso si configura come vera dipendenza psico-fisica, caratterizzata, come per le sostanze illegali, dalla triade "craving-tolleranza-astinenza" ovvero: Craving desiderio compulsivo di assumere il farmaco, Tolleranza: è necessario aumentare le dosi del farmaco nel corso del tempo per ottenere l'effetto desiderato, Astinenza: in mancanza del farmaco si possono manifestare sintomi psichici come ansia e agitazione psicomotoria. Inoltre si possono manifestare sintomi fisici come tachicardia, tremore alle mani, cardiopalmo, sudorazione profusa, nausea, vomito, fino ad arrivare a vere e proprie crisi convulsive. Ma il fenomeno che ci ha spinto ad immaginare specifici interventi specialistici, mirati al contenimento dell'abuso farmacologico, è legato alla sempre maggiore diffusione di farmaci, non solo oppiacei, prescritti nel contesto della terapia del dolore neurologico, in ortopedia,

fisiatria e riabilitazione fisica, quali per esempio Ossicodone, Buprenorfina, Fentanyl, Duloxetina e Pregabalin, in associazione anche con altre molecole, e che in assenza di un adeguato follow-up clinico possono favorire lo sviluppo di quadri di dipendenza che necessitano poi di interventi specialistici quali quelli che il SerD può e deve offrire.

Si omette intenzionalmente il grande capitolo degli anti-dolorifici non oppiacei per la complessità delle raccolte dati, stante la facilità di recuperare i prodotti in molti contesti "commerciali" e quasi completamente al di fuori della prescrizione da parte dei medici.

I dati pubblicati dalla Società Italiana di farmacologia parlano di un fenomeno in espansione.

Nell'ultimo decennio l'uso degli oppioidi per il dolore cronico non-oncologico è notevolmente aumentato anche in Europa e non solo negli USA. In Europa l'abuso di oppioidi di sintesi rappresenta un problema crescente. Mentre l'eroina rimane l'oppiaceo più frequentemente utilizzato, gli oppioidi di sintesi diventano sempre più spesso oggetto di abuso. Nel 2014, 18 paesi Europei hanno riferito che tra i pazienti che si sono rivolti ai servizi per le dipendenze patologiche per problemi legati alla classe dei narcotici oppioidi, più del 10% assumeva oppioidi diversi dall'eroina, questo dato sarebbe in aumento rispetto al 2013. I farmaci più frequentemente coinvolti includono: metadone, buprenorfina, fentanyl, codeina, morfina, tramadolo e ossicodone. In alcuni paesi europei, gli oppioidi, e non l'eroina, rappresentano attualmente la forma più frequente di uso/abuso di stupefacenti nei pazienti che giungono ai servizi per le dipendenze.

In Italia nell'ultimo rapporto disponibile dell'Osservatorio Nazionale sull'Impiego dei Medicinali (OsMed), che descrive le tendenze su scala italiana della prescrizione dei farmaci viene riferito un incremento nelle prescrizioni degli oppioidi in termini di variazione del rapporto della defined daily dose (DDD) per gli alcaloidi oppiacei, per gli oppioidi derivati dalla fenilpiperidina, come il fentanyl), e per gli altri oppioidi. Una crescita è stata osservata anche per i farmaci usati nella terapia del disordine da uso di sostanze oppioidi, come il metadone e la buprenorfina. Nel rapporto OsMed del 2015, che ha valutato il periodo compreso tra il 2007 e il 2015, era stato documentato un aumento delle prescrizioni di oppioidi di circa 4 volte, potenzialmente correlabile alla riduzione della prescrizione dei FANS che si è osservata (da 25 DDD nel 2007 a 20 DDD nel 2015). Tra i farmaci più prescritti risultano esserci l'ossicodone in associazione (ad esempio ossicodone/naloxone) e il tapentadolo per i quali occorre ricordare che i numeri italiani di consumo in partenza erano molto bassi, vicini allo zero.

L'attenzione diffusa a questo fenomeno ha favorito la messa a punto di formulazioni farmaceutiche deterrenti, per impedire l'utilizzo inappropriato di tali farmaci. Benché l'utilizzo di analgesici oppiacei in Italia sia ancora inferiore al Nord Europa e agli USA, grande attenzione deve essere posta nell'evitare il rischio di abuso, pur garantendo a tutti i pazienti con dolore il diritto all'accesso alle cure, come previsto dalla legge 38/2010.

I tre principali punti chiave, quando si inizia una terapia con oppiacei per il trattamento del dolore cronico (soprattutto se si tratta di dolore non oncologico) vi sono:

1. La rivalutazione, con il paziente, degli esiti di una terapia farmacologica non soddisfacente proponendo in alternativa: la rotazione degli oppiacei e delle vie di somministrazione, l'integrazione di altri farmaci non oppiacei, formulazioni abuso-deterrenti/transdermiche, un adeguato uso di farmaci indicati per il dolore cronico neuropatico (gabapentinoidi, antidepressivi SNRI e SSRI, antiepilettici, anestetici locali, cannabinoidi).

2. Monitorare il rischio di uso compulsivo (addiction) con test validati come l'Opioid Risk Tool per permettere una stratificazione dei pazienti in gruppi ad alto, medio e basso rischio di abuso/dipendenza ed indirizzare risorse diverse a chi ne ha più bisogno secondo necessità.

3. Valutare attentamente la terapia con oppiacei nei pazienti con una pregressa storia di disturbo da uso di sostanze (SUD), compreso l'alcool, o malattia mentale attiva. La terapia con oppiacei nei casi di SUD pregressa non deve essere criminalizzata o evitata a priori, ma decisa congiuntamente con i professionisti del SerD, in modo da valutare il dosaggio migliore di oppiaceo, la via di somministrazione (preferendo la transdermica), le formulazioni abuso-deterrenti, in modo da trattare il dolore e non indurre sindrome astinenziali. In caso di SUD attiva e di terapia sostitutiva con metadone adeguare il dosaggio per un corretto controllo del dolore. Ed è proprio in questo dinamico contesto operativo che il nostro progetto può assicurare una rapida ed efficace triangolazione tra medici prescrittori (MAP, specialisti della terapia del dolore, fisiatristi, ortopedici, neurologi), farmacisti e professionisti del SerD, attraverso l'attivazione di specifici slot di teleconsulto, in aggiunta a quelli già attivati per l'area alcolologica e, prossimamente, per i disturbi del comportamento alimentare ed il disturbo da gioco d'azzardo.

I SerD da sempre affrontano queste tematiche, nella loro quotidianità clinica, ma con scarsa condivisione d'intenti con gli altri professionisti coinvolti nella cura di pazienti complessi.

Ipotesi di sviluppo

L'attività di riconciliazione della terapia farmacologica rientra nell'ambito dei Servizi Cognitivi previsti dal progetto ministeriale della Farmacia dei Servizi. Si tratta di un processo che, partendo dal confronto tra la lista dei farmaci assunti dal paziente, eventuali integratori e/o altro (ricognizione), e quelli che dovrebbero essere somministrati nella particolare circostanza, permette al medico di giungere alla formulazione di una decisione prescrittiva farmacologica.

La nostra ipotesi di lavoro si pone come obiettivo un modello per l'implementazione di percorsi di controllo e valutazione (assessment) e dell'appropriatezza prescrittiva in diversi contesti clinici, che arricchiscano ulteriormente quanto riportato nel Piano Attuativo (Vers. 0.4 del 15/09/2023) e in particolare nell'allegato-3 delle cosiddette regole di sistema 2024 di Regione Lombardia (R.L.).

L'ipotesi è che il modello da noi proposto possa favorire l'appropriatezza prescrittiva in ambito farmacologico, attraverso processi ben definiti per l'identificazione rapida del target di utenti e la presa in carico tempestiva delle criticità. Tale modello si propone infatti, partendo da quanto già proposto da R.L., di definire percorsi innovativi, sia da un punto di vista clinico, che procedurale ed organizzativo, nonché di ottimizzazione delle risorse. La ricca ed articolata documentazione delle regole di sistema 2024 di R.L. infatti, rappresenta un gold standard da perseguire mediante un processo di rapida gradualità che solo una puntuale declinazione settoriale può garantire.

Per quanto riguarda l'applicazione pratica e rapida del progetto attraverso gli strumenti della telemedicina, il punto forte nello specifico della nostra azienda, è l'avanzato stato di sviluppo del Team di telemedicina aziendale che ci vede protagonisti dall'inizio dell'operatività e che rappresenta un forte punto di riferimento regionale.

Esistono diverse linee guida in letteratura utili nell'esecuzione di una riconciliazione farmacologica delle molecole prescritte e non-prescritte nei SerD, anche se il target iniziale di queste linee guida si colloca in un ambito clinico differente da quello delle dipendenze patologiche, rappresentano uno strumento rapido ed efficace per una ricognizione delle principali criticità e rappresenta uno strumento può essere utilizzato e condiviso sia nel contesto del teleconsulto/televisita, che internamente ai servizi.

La S.C. SerD può quindi organizzare attività specialistiche dedicate oppure in aggiunta alla progettualità istituzionale ordinaria.

Conclusione: I potenziali vantaggi dell'applicazione della riconciliazione farmacologica, tramite gli strumen-

ti e le azioni previsti dal nostro progetto, potrebbero favorire un circolo virtuoso di ulteriori iniziative, con implicazioni positive non solo nell'immediato, ma anche nel medio e lungo termine. Nello specifico, i vantaggi non si limiterebbero a migliorare aspetti clinici ed economici, ma potrebbero sostenere lo sviluppo di nuovi processi e stili di lavoro, che vanno nella direzione dell'integrazione e che, se ben governati, potrebbero condurre a cambiamenti positivi nell'organizzazione del sistema.

Questo progetto può trovare piena realizzazione solo attraverso l'attiva collaborazione di tutte le figure coinvolte, a cui viene richiesto un impegno aggiuntivo in termini di tempo, energie, risorse, motivazione e pazienza. La misurazione dei processi e degli esiti sarà, in questo senso, fondamentale per valutare eventuali futuri apporti migliorativi al progetto stesso, al fine di migliorarne l'efficacia, ridurre tempi e costi, in un'ottica di ottimizzazione delle risorse e di efficienza.

Il presente progetto si propone pertanto come modello di innovazione e di integrazione di azioni ed esperienze che vedono protagonista l'insieme degli stakeholders territoriali.

6.3

COCAINA ED ALCOL: UN LEGAME SEMPRE PIÙ STRETTO CHE PONE LA SFIDA DELL'APPLICAZIONE DELL'APPROCCIO TRANSDIAGNOSTICO NELLE DIPENDENZE PATOLOGICHE

Campana M.^[1], Milanese P.^[1], Daffini L.^[1], Rizzardi N.^[1], Cristini E.^[1], Salvoldi B.^[1], Acerbis D.^[2]

^[1]ASST Bergamo Est - Seriate - Italy,

^[2]Università degli studi di Bergamo - Bergamo - Italy

Analisi retrospettiva di due quinquenni (2009-2013 e 2019-2023) in due presidi SerD del territorio dell'ASST di Bergamo Est. L'evoluzione del fenomeno di linkage sempre più stretto tra l'alcol e la cocaina e le sue implicazioni cliniche e terapeutiche.

Obiettivi

Analizzare l'evoluzione del legame tra l'alcol e la cocaina durante due lustri distinti ed in due diversi servizi SerD della nostra ASST di Bergamo Est (SerD di Gazzaniga, situato nella media Valle Seriana, zona ad alta industrializzazione, ed Il SerD di Lovere sul lago d'Iseo, a prevalente vocazione turistica), evidenziare i limiti di un approccio diagnostico classico, basato sulla medicina delle evidenze e che, proprio a causa dell'approccio della evidence-based medicine mostra molte criticità e limiti, ed immaginare prospettive diagnostico-terapeutiche future innovative e più efficaci.

Materiali e metodi

Abbiamo analizzato un campione di utenti dei due distinti servizi, in due lustri (2009-2013 e 2019-2023). Un campione di soggetti con diagnosi primaria di disturbo da uso di alcol e diagnosi secondaria di disturbo da uso di cocaina ed un secondo campione a priorità di diagnosi invertita. Abbiamo poi distinto i campioni per sesso, per SerD di riferimento e per diagnosi ed analizzato le variazioni percentuali tra le due dipendenze indagate, in termini assoluti ed in termini di co-morbilità tossicologica.

Risultati

Entrambi i SerD mostrano una vera metamorfosi nelle

caratteristiche tossicologiche dell'utenza in trattamento. Se nei primi anni '90 l'allora SerT, con quella T così caratterizzante, era monopolizzato dal disturbo da uso di eroina, così come si definisce ora secondo i criteri diagnostici dell'attuale DSM-5, adesso si osserva una sempre maggiore eterogeneità nosologica in un contesto di complessità co-morbile intra ed extra tossicologica. L'analisi specifica del rapporto tra alcol e cocaina, oggetto di questo studio, evidenzia chiaramente il crescendo di interazione tra le due sostanze con alcune differenze significative legate alla appartenenza di genere ed alle sedi dei due servizi.

Conclusioni

Se la maggior parte dei trattamenti basati sulla evidence-based medicine sono indirizzati a dei quadri diagnostici specifici, dobbiamo immaginare, come clinici, delle strategie nuove per poter trattare pazienti che presentano vari disturbi all'interno in un quadro diagnostico multiforme. Infatti fino a tempi piuttosto recenti, l'approccio specifico al disturbo, come l'approccio terapeutico cognitivo-comportamentale per i disturbi alimentari (DCA/DNA), ha dominato il modo in cui i vari disturbi mentali sono stati studiati ed inquadrati, ed ha fortemente caratterizzato negli anni il modo in cui i trattamenti evidence-based sono stati sviluppati e considerati. Un approccio questo che non ha certamente favorito la giusta attenzione alla comorbilità. Quest'ultima, invece, pone una sfida significativa sia in termini speculativi/concettuali che in termini di scelte terapeutiche e, non ultime, riabilitative. Non si discute qui l'utilità della categorizzazione diagnostica ma non è più possibile trascurare la sempre maggiore evidenza di eterogeneità dei disturbi dell'ambito psichiatrico e, nel nostro specifico, delle addiction. Ecco quindi che il cosiddetto approccio cognitivo-comportamentale transdiagnostico, che ha trovato applicazione dapprima nei DCA/DNA e poi nei disturbi d'ansia e nella depressione, può aprire a nuovi approcci per la diagnosi e ad una nuova nosografia superando il concetto di diagnosi singola.

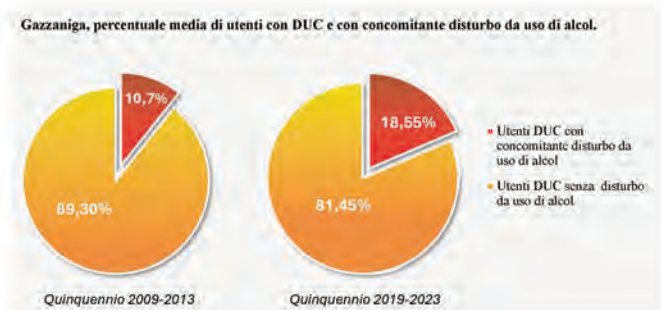
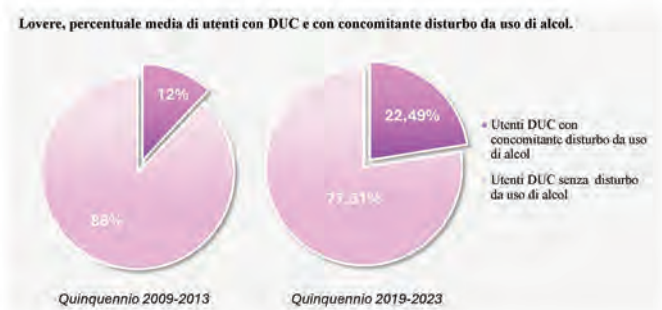
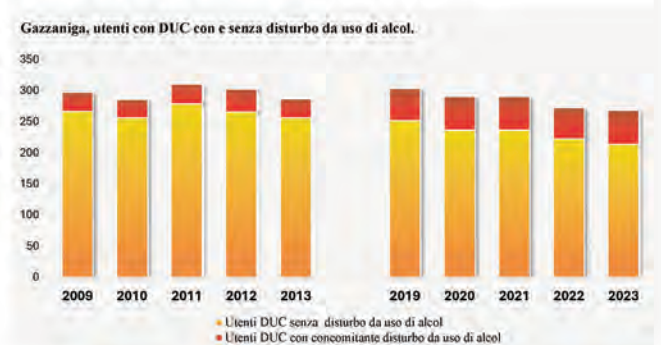
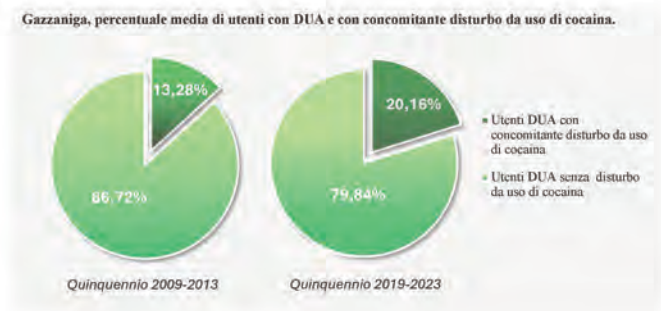
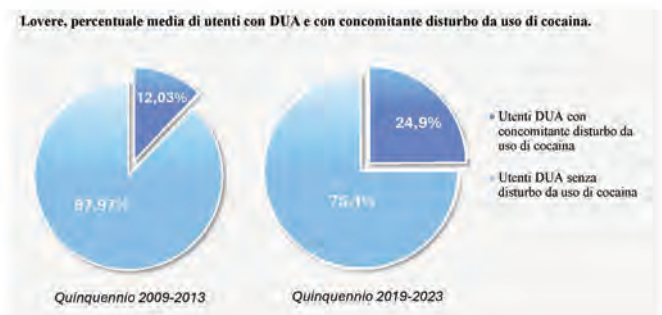
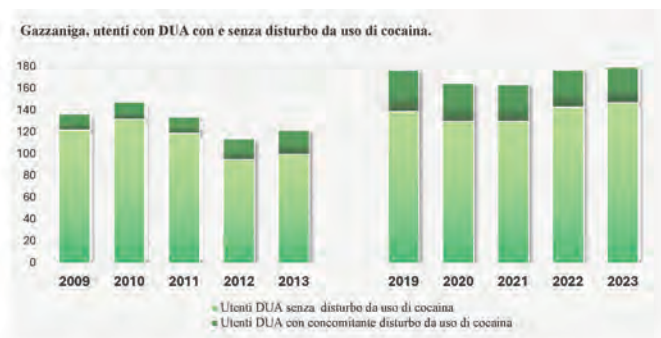
Scelta questa che troverebbe terreno fertile alla luce dei risultati emersi da questo seppur ridotto campione di utenti. Il progressivo incremento del legame tra due sostanze, così diverse nei loro principali effetti fisiologici, tossicologici, legali e sociologici, in un arco temporale di 14 anni, ben rappresenta il bisogno di innovare l'approccio mentale e culturale prima ancora che clinico, dei professionisti dei SerD. Forti della loro storica capacità di "contaminazione" tra differenti culture cliniche, sanitarie, socio-sanitarie, bio-psicosociali e della loro propensione alla ricerca di soluzioni diagnostiche, terapeutiche e riabilitative sempre più in un'ottica integrata. Abilità da coltivare ed aggiornare con l'auspicio

di un nuovo salto di qualità, nell'approccio "necessariamente olistico" e nella prospettiva di un adeguamento nosografico che gli strumenti attuali non forniscono.

Bibliografia

- Fairburn, C.G., Cooper, Z., Shafran, Z. (2003). Cognitive behaviour therapy for eating disorders: a "transdiagnostic" theory and treatment. Behavior and Research Therapy 4 (5), 509-528.

- Newby, J.M., McKinnon, A., Kuyken, W., Gilbody, S., Dalgleish, T. (2015). Systematic review and meta-analysis of transdiagnostic psychological treatments for anxiety and depressive disorders in adulthood. Clinical Psychology Review, 40, 91-110
- Andersen, P., Toner, P., Bland, M., McMillan, D. (2016). Effectiveness of transdiagnostic cognitive behavior therapy for anxiety and depression in adults: a systematic review and meta-analysis. Behav Cogn Psychother, 44(6), 673-690



6.4

DIPENDENZE E COMORBIDITÀ NELLA PRATICA CLINICA QUOTIDIANA

Nieddu G.^[2], Foddai M.S.^[1], Ena M.A.F.^[1], Milia P.^[1]

^[1]ASL 1 Sassari - Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze - S.C. Servizio Dipendenze Patologiche - Sassari - Italy,

^[2]ASL 1 Sassari - Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze - SSD Alcolologia - Sassari - Italy

DOPPIA DIAGNOSI, COMPORTAMENTO VIOLENTO E TRATTAMENTO: PROBLEMI CLINICI E FORENSI

Introduzione

Le problematiche correlate all'uso di sostanze sono da considerarsi "endemiche" nella Società attuale. Fattori di rischio culturali, socio-economici e ambientali concorrono alla genesi e al mantenimento del problema. La presenza di concomitanti disturbi mentali in qualche modo connessi o correlati con l'uso delle sostanze e le conseguenze cliniche costituiscono uno specifico aggravio per il lavoro dei Servizi nell'approccio a questo genere di problemi così complessi.

Di fronte alle proporzioni di tale fenomeno, alla sua vivacità espansiva sul mercato e di fronte alle ricadute "negative" sul lavoro clinico, i Dipartimenti di Salute Mentale e delle Dipendenze si ritrovano sempre più coinvolti non solo nel dibattito sulle radici dei comportamenti droga ed alcol-correlati e sui mezzi più idonei a contrastarli, ma soprattutto sui confini quanto mai sfumati tra uso di sostanze, psicopatologia e violenza.

Obiettivo

Aprire un focus di discussione sul crescente problema della gestione clinica dei pazienti in doppia diagnosi con manifestazioni violente di comportamento e correlate difficoltà di gestione integrata e "psichiatrico-forense" territoriale.

Discussione

Il concetto di "doppia diagnosi" fu, inizialmente, molto utile in ambito clinico in quanto riuscì a collegare due aspetti differenti evidenziando, contemporaneamente, come tale connessione fosse l'elemento fondante delle difficoltà di gestione di tali pazienti e come il tratta-

mento dei soggetti con disturbi correlati all'uso di sostanze potesse ridurre considerevolmente il rischio conseguente al discontrollo e alle sue implicazioni in termini di comportamento violento.

Vi sono attualmente numerose evidenze scientifiche che dimostrano come la patologia psichica e i comportamenti di dipendenza siano oggi concetti inestricabilmente connessi.

Le sostanze maggiormente in grado di determinare effetti sul SN con un elevato livello di potenziale disorganizzazione comportamentale sono anche le più diffuse e vengono ampiamente utilizzate nell'ambito di una dimensione spesso politossicomane che comporta il "massimo grado" di rischio.

Ma allora quale è, oggi, la possibilità di gestione di tali pazienti e tali comportamenti nell'ambito dei DSMD?

Negli anni, in effetti, sono emerse sempre più chiaramente una serie di criticità con ampia ricaduta negativa sul lavoro quotidiano dei servizi come, ad esempio, la scarsa disponibilità di strumenti clinici idonei alla valutazione del rischio; la limitata formazione degli operatori dei Servizi sul tema della gestione dei pazienti in "doppia diagnosi" e sugli effetti delle "nuove" sostanze in ambito psicopatologico. A queste criticità si aggiungano le limitate conoscenze delle implicazioni psichiatrico-forensi connesse al lavoro con questi pazienti e le persistenti carenze organizzative (quando non ambiguità organizzative) che derivano, almeno per quanto riguarda i Servizi pubblici, dalla permanenza di normative di riferimento che non favoriscono a tutt'oggi – almeno in molte Regioni – una reale integrazione del lavoro clinico.

Nonostante, infatti, in molte realtà esistano forme di collaborazione e integrazione valide, sono ancora molte le realtà dove gli interventi territoriali rimangono dicotomici e scollegati tra loro quando non espulsivi. Persiste, inoltre, un problema di assenza di un'approfondita, solida, diffusa e condivisa cultura scientifica della "doppia diagnosi" intesa nella accezione più moderna e attuale di un continuum psicopatologico con basi psicobiologiche, fattori scatenanti ecc.

Tutte le difficoltà che precedono contribuiscono a spostare, inevitabilmente, le soluzioni dall'ambito clinico a quello del controllo sociale. In questo senso è possibile osservare come le modifiche del panorama normativo degli ultimi anni, anche quelle più recenti, hanno determinato un significativo spostamento dell'assistenza dall'ambito giudiziario e penitenziario a quello sanitario che, debilitato ulteriormente dalle progressive perdite di personale, appare, in molti casi, prossimo all'implosione.

Conclusioni

Sulla base di quanto precede, appare non più rimanda-

bile la necessità di implementare il dialogo “intra-servizi” dipartimentali e “inter-servizi” con le altre strutture sia aziendali sia extra aziendali. Possono essere di grande aiuto, in questo senso, la definizione e la condivisione di percorsi proceduralizzati da aggiornare man mano che cambiano le conoscenze scientifiche o le necessità organizzative.

Appare non più procrastinabile, inoltre, il confronto e il dialogo tra sistema sanitario e quello giudiziario mirato a facilitare la conoscenza delle rispettive esigenze e delle rispettive difficoltà lavorative. Di fondamentale importanza, infine, riprendere con forza gli investimenti sulla formazione costante del personale e sulla ricerca, anche in ambito extrauniversitario, per rendere il sistema più competitivo e, in definitiva più efficiente oltre che attrattivo.

Bibliografia Essenziale

- ASAM National practice guidelines for the Treatment of Opioid Use Disorder 2020 Focused Update.
- Beaudoin M. et al.: Is there a dose-response relationship between Cannabis use and violence. A longitudinal study in individuals with severe mental disorders. *Cannabis Cannabinoid Res.* 2024.
- Loretto L. et al.: “Violent Risk Assessment in mental health”. In: “Violence and mental disorders”. Carpiniello B. et al (a cura di). Springer ed. 2019.
- National Alliance on Mental Illness: why substance misuse worsens your mental health. Cleveland clinics.
- Dual diagnosis Mental Health. May 24, 2021.
- OMS: interpersonal violence and illicit drugs. 2022.
- Schifano F. et al: “Substance use disorders and violence”. In: “Violence and mental disorders”. Carpiniello B. et al (a cura di). Springer ed. 2019.
- World Association on Dual Disorders (WADD): the Wadd roadmap to dual disorders. 2023.

6.5

SERD E GIUSTIZIA: UN RAPPORTO SEMPRE PIÙ STRETTO E COMPLESSO

Campana M.^[1], Milanese P.^[1], Rizzardi N.^[1],
Daffini L.^[1], Cristini E.^[1], Salvoldi B.^[1], Acerbis D.^[2]

^[1]ASST Bergamo Est - Seriate - Italy,

^[2]Università degli studi di Bergamo - Bergamo - Italy

La specialistica territoriale alla ricerca del riconoscimento e di un ruolo paritario nel complesso rapporto con la magistratura ordinaria.

Introduzione

Lo storico rapporto dei SerD con la magistratura ordinaria (tribunale ordinario, tribunale per i minorenni e tribunale di sorveglianza), obbligato, e talvolta fatto di reciproche incomprensioni, ha subito una importante trasformazione in questi ultimi anni, impensabile quando la normativa stabilita dal DPR 309/90 tracciava gli ambiti di reciproca competenza. La sempre maggiore richiesta di interventi specialistici, da parte dei magistrati, impone perciò un ripensamento delle procedure di presa in carico, del monitoraggio clinico-tossicologico, della gestione ed organizzazione delle attività necessarie a garantire le prestazioni richieste, stante il progressivo aumento, in termini assoluti ed in percentuale rispetto all'utenza "classica" dei servizi per le dipendenze. Da non trascurare poi l'impatto, in termini economici, che le indagini tossicologiche hanno sul bilancio dei SerD e che lasciano sempre meno spazio per il "core business" dei servizi ovvero sia gli utenti con disturbi comportamentali e da uso di sostanze.

Scopo dello studio

Descrivere l'impatto, sui nostri servizi, dell'aumento delle richieste di perizia/valutazione/presa in carico, da parte degli organi della giustizia ordinaria, in termini sia di risorse umane investite che in termini organizzativi e di costi per le prestazioni erogate. Sviluppare conseguentemente programmi ed interventi volti ad ottimizzare le risorse in un'ottica di qualità e risparmio e, dove possibile, rivedendo i protocolli e le istruzioni operative in uso alle due sedi SerD della nostra ASST. ?Materiali e metodi: abbiamo valutato l'andamento del

numero di richieste di prese in carico da parte della magistratura ordinaria, in un arco temporale di 9 anni; dal 2015 al 2023. Abbiamo distinto l'utenza "legale" per nazionalità ed abbiamo stimati i costi degli accertamenti tossicologici globali, raccolto i dati economici rendicontabili nella ordinaria gestione dei flussi istituzionali (prestazioni remunerate e relativa tempistica) ipotizzando una successiva valutazione anche dei costi di gestione generale del servizio e dei professionisti coinvolti. Abbiamo analizzato i protocolli diagnostici, clinici e di follow-up ed apportato correzioni di natura organizzativa per ottimizzare le risorse a disposizione ed evitare il rischio di ritardi nelle risposte ai tribunali invianti.

Risultati

Nel periodo di osservazione il numero di utenti inviati dai tribunali è stato di 104 casi nel 2015, nelle nostre due sedi SerD, per aumentare progressivamente fino ai 232 casi del 2023.

Più specificatamente:

2015: 104 casi pari al 5,8% dei pazienti in carico

- 80 di nazionalità italiana (76,92%)

- 21 di nazionalità extra-UE (20,20%)

- 3 cittadini UE (2,88%)

2020: 181 casi pari al 12,62% dei pazienti in carico

- 136 di nazionalità italiana (75,14%)

- 40 di nazionalità extra-UE (22,1%)

- 5 cittadini UE (2,76%)

2023: 232 casi pari al 14,63% dei pazienti in carico

- 162 di nazionalità italiana (69,8%)

- 61 di nazionalità extra-UE (26,3%)

- 9 cittadini UE (3,9%)

Costi generali

Nella valutazione dei costi per gli esami tossicologici abbiamo considerato il 2023 in termini generali e come quota media pro-capite. Nel 2023 abbiamo speso per gli accertamenti tossicologici, in fase diagnostica e per il monitoraggio tossicologico (matrice urinaria e cheratinica), € 41.492, corrispondenti ad un costo medio per ogni utente "legale" di € 179 ed abbiamo effettuato 4.381 prestazioni cliniche per un valore complessivo, stimato secondo gli attuali parametri regionali, di € 49.975 ed un monte ore stimato di 818 ore. Quindi una media di altri 215 € pro-capite, per un totale di € 394 in media per ogni utenti inviato per problemi legali. I conteggi economici così effettuati trascurano ovviamente tutte le spese "di sistema" relative alle strutture ed al personale in servizio, ma tant'è! L'aspetto economico è solo uno dei tanti aspetti critici da analizzare. Non meno critico è l'aspetto legato al funzionamento dei servizi stessi ed alla loro compliance generale.

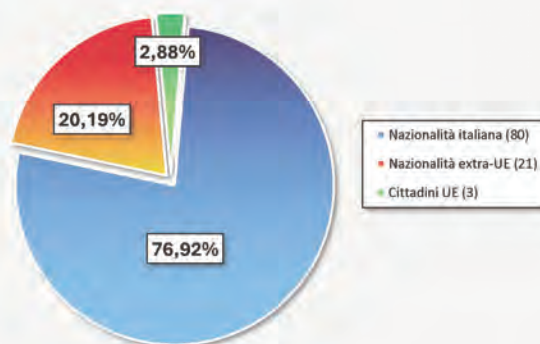
Conclusioni

In numeri assoluti, gli invii di cittadini italiani hanno subito un raddoppio nei 9 anni indagati, dagli 80 del 2015 ai 162 del 2023. È invece triplicato il numero di cittadini extra-UE, dai 21 del 2015 ai 61 del 2023, così come quello di cittadini dell'Unione Europea (3 -> 9). Conseguentemente il numero di prestazioni ed i costi relativi sono aumentati progressivamente nel periodo di tempo considerato.

Abbiamo pertanto ridefinito la frequenza degli esami tossicologici, stabilito uno standard di indagine selezionando le principali tipologie di metaboliti ponendo attenzione alle nuove sostanze d'abuso, ampliato il triage infermieristico con interventi di counselling comportamentale e semplificato il sistema di "rendicontazione" degli esiti al tribunale inviante. Abbiamo poi reso evidente alla nostra direzione strategica questa peculiarità dei servizi, che operano a fianco delle istituzioni giudiziarie un po' in sordina e senza il giusto riconoscimento del ruolo svolto e del carico di lavoro che questo comporta e, naturalmente, abbiamo evidenziato i costi sostenuti in questi anni affinché diventino oggetto di considerazione all'interno dell'azienda e nelle sedi istituzionali preposte al controllo di bilancio.

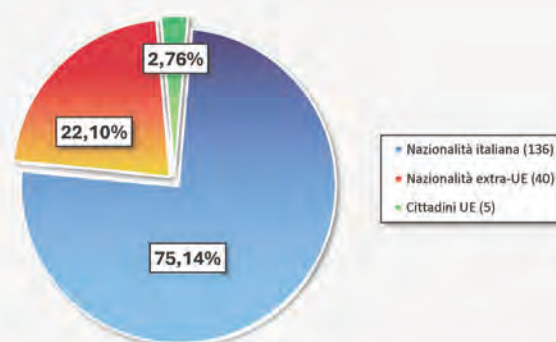
Infine, riteniamo sempre più necessario un confronto con la magistratura inviante per chiarire ruoli, funzioni e possibilità diagnostiche dei nostri servizi e per la condivisione di stili di decretazione che non facciano percepire un ruolo subalterno della specialistica territoriale nei confronti della magistratura, ma rendano funzionale e paritario il rapporto tra istituzioni, nel rispetto delle reciproche competenze.

Utenti inviati dai tribunali nel 2015



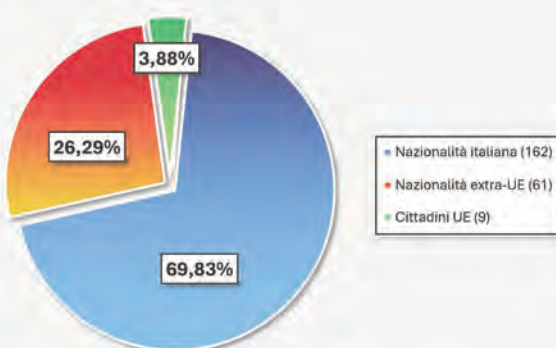
Il numero totale degli utenti inviati dai tribunali nel 2015 è di 104, pari al 5,8% dei pazienti in carico.

Utenti inviati dai tribunali nel 2020



Il numero totale degli utenti inviati dai tribunali nel 2020 è di 181, pari al 12,62% dei pazienti in carico.

Utenti inviati dai tribunali nel 2023



Il numero totale degli utenti inviati dai tribunali nel 2023 è di 232, pari al 14,63% dei pazienti in carico.

6.6

“I RAGAZZI DEL SOMMERGIBILE” UFS SERD C FIRENZE 1 AUSL TOSCANA CENTRO

**Iozzi A., Amirian V.N., Palmentieri G., Polini S.,
Bonini S., Venè D., Pracucci C., Simonetti M.,
Stecchini D.**

Azienda USL Toscana Centro UFS SerD C – Firenze - Italy

L'esperienza del SerD C di Firenze di un progetto ad hoc per giovani con Disturbo grave da Uso di Sostanze.

L'evoluzione del fenomeno della poliassunzione di sostanze negli adolescenti e nei giovani pone nuove sfide ai Servizi per le Dipendenze rispetto alla necessità di definire e di attivare percorsi e risposte terapeutiche adeguate a questo target.

Occorrono programmi specifici, strategici e progressivi al fine di poter intercettare e promuovere fattori protettivi atti ad innescare una motivazione al cambiamento in questa popolazione. Uno degli aspetti importanti nel lavoro terapeutico con i ragazzi è quello relativo alla comunicazione. Spesso, infatti, come asserisce Watzlawick, gli individui, nel loro comunicare, definiscono principalmente la relazione in corso e, tramite questa, se stessi.

Si passa dai contenuti del discorso al processo di definizione reciproca tra i comunicanti, coinvolgendo così gli aspetti pragmatici della comunicazione, cioè tutti quegli aspetti che influenzano il comportamento di chi partecipa allo scambio: la comunicazione relativa alla definizione di sé e della relazione modifica il comportamento di chi la riceve. Pertanto, in generale, ed ancora di più nello specifico di questo progetto, è fondamentale che gli operatori siano consapevoli che è alto il rischio di favorire quelle azioni che Watzlawick definisce di “retroazione negativa” che rinforzano la percezione delle storie di dipendenza come immutabili e destinate, quindi, alle ricadute perenni. Solo un importante cambio di paradigma aiuta gli operatori a modificare questo circuito comunicativo e relazionale.

Il discontrollo degli impulsi, la sensation seeking, la sottovalutazione dei rischi, la facile influenzabilità esterna, la fragilità interiore e la vulnerabilità sono

caratteristiche fisiologiche negli adolescenti che, ovviamente, sono amplificate in coloro che utilizzano sostanze e questo espone a vari rischi.

Come afferma Kun, le difficoltà riferibili all'intelligenza emotiva, nei termini di percezione, differenziazione e regolazione delle emozioni possono essere considerate sia fattori predisponenti che conseguenze del disturbo stesso. La pressione del gruppo di pari, nel caso di uso di sostanze, tende a diminuire le abilità di gestione delle emozioni del giovane. In questa fase evolutiva caratterizzata dallo sviluppo delle capacità di controllo emozionale e comportamentale, una ridotta intelligenza emotiva rappresenta un importante fattore di rischio per il disturbo da uso di sostanze. Di fronte a queste scarse capacità di gestione e valutazione delle emozioni il giovane potrebbe usare la sostanza come una sorta di strategia di coping per fronteggiare lo stress.

Si rende necessario ripensare ed aggiornare, alla luce dei cambiamenti costanti di tali fenomeni, i criteri relativi alla strutturazione dei Servizi per le Dipendenze e i modelli organizzativi affinché siano più efficaci per i minori e i giovani che presentano un Disturbo da Uso di Sostanze (DUS).

Nella definizione di cui sopra, risulta fondamentale la consapevolezza della necessità di un lavoro di rete con il Privato Sociale, le Scuole, l'Unità di Strada, i MMG, l'Associazione e altri Servizi, nonché del coinvolgimento e della costruzione di un rapporto con le famiglie di questi ragazzi.

Nell'ambito di queste riflessioni, per cercare di favorire l'aggancio e l'intervento precoce su questo target che è in evidente aumento, nel 2017 all'interno dell'UFS SerD C, in collaborazione con il Progetto Villa Lorenzi ed il Centro di Solidarietà di Firenze, è stato attivato il progetto “I Ragazzi del Sommergibile”.

Questo Progetto è rivolto a giovani (di norma fino ai 25 aa) con un grave DUS, che non accedono a programmi ambulatoriali multidisciplinari, ma che si limitano ad assumere in modo irregolare i farmaci sostitutivi per il Disturbo da Uso di eroina; eroina, che in genere, viene associata all'uso di cocaina e/o crack, e/o alcol, e/o thc. Questi ragazzi presentano, inoltre, storie individuali e familiari molto complesse.

La metafora del Sommergibile, scelta dal primo gruppo di giovani, sottolinea il bisogno ed il desiderio di riemergere, tramite la navigazione, da una situazione di vita complessa e di poter ridisegnare una nuova rotta, un nuovo stile di vita.

È stato scelto il “Sommergibile” e non il “Sottomarino” per definire meglio il tempo della “traversata”: il tempo è una delle dimensioni più deformate dalla dipendenza che porta a una percezione di indefinitezza che si ripre-

cuote drasticamente nella quotidianità della persona. Noi stessi operatori, influenzati dal concetto di cronicità del Disturbo, non prestiamo, forse, molta attenzione alla definizione del tempo di cura, così come alla differenziazione dei target.

Il primo obiettivo del Progetto è quello di poter creare uno spazio e un tempo all'interno del quale poter accogliere i ragazzi e interagire con loro per favorire l'aggancio e la motivazione al programma proposto.

Gli Operatori sono misti, del SerD e del Privato Sociale. Oggi possiamo affermare che, dopo tante formazioni ed un intenso lavoro congiunto, esiste un'unica "équipe allargata" che utilizza lo stesso linguaggio e condivide obiettivi a breve, medio e lungo termine.

Ogni ciclo del progetto ha una durata di almeno un anno. Il numero di ragazzi che vengono ammessi "a bordo del Sommergibile" oscilla da 5 a 8.

I ragazzi vengono selezionati tramite colloqui individuali alla presenza degli operatori di riferimento in modo tale che la composizione del gruppo sia sufficientemente equilibrata.

Viene fatto firmare "il consenso del Viaggiatore" con cui i ragazzi si impegnano a rispettare per "la Traversata" due regole: a) di essere puntuali per l'ora prefissata di "partenza"; b) di non portare all'interno del Sommergibile o durante le "traversate" sostanze stupefacenti e/o alcol.

La prima fase, delicata e maggiormente a rischio di drop-out, è focalizzata sulle modalità di "imbarco" nel Sommergibile e sulla creazione dell'"equipaggio".

Il "Capitano" è rappresentato dal Gruppo misto di Operatori.

Le attività del progetto mirano ad aumentare nei ragazzi la consapevolezza dei rischi correlati all'utilizzo di sostanze, a riconoscere ed a gestire il craving, ad acquisire una maggiore capacità riflessiva e decisionale per poter prevenire le ricadute.

Il collante delle attività proposte è la relazione tra il ragazzo ed i vari temi individuati all'interno del progetto: la relazione con il proprio animale domestico, con l'arte, con la musica e con il proprio corpo (con la propria intimità e sessualità).

Durante la "traversata" vengono allestiti vari laboratori, tra i quali: attività di composizione musicale, attività espressive/artistiche, attività di educazione cinofila in cui vengono coinvolti i cani dei pazienti, attività con un esperto di tatuaggi, attività di shiatsu e Mindfulness. Inoltre sono previste anche delle tappe esterne con visite a palazzi storici, musei cittadini, mostre.

Tramite le attività laboratoriali interne ed esterne si affrontano le varie aree coinvolte nella dipendenza.

Il sommergibile offre dei periodi a tema in cui ogni par-

tecipante ha la possibilità di esplorare il modo in cui entra in relazione con quanto detto sopra. Con il supporto degli operatori diventa così possibile esplorare le differenze che ci sono quando sono presenti o meno le sostanze. Durante la "traversata" i ragazzi possono riscoprire "il bello" che è dentro di loro, di ciò che li circonda, di provare emozioni sane, rendendosi visibili a loro stessi e agli altri. Contemporaneamente si lavora per raggiungere uno stato di sobrietà dalle sostanze.

In parallelo è presente anche un'attività grupppale rivolta ai familiari dei ragazzi.

Tramite l'elemento grupppale, si cerca di coinvolgere i familiari nel progetto, di aiutarli a comprendere i disturbi dei ragazzi e a lavorare sui rapporti familiari poiché nella maggior parte dei casi si tratta di situazioni molto complesse.

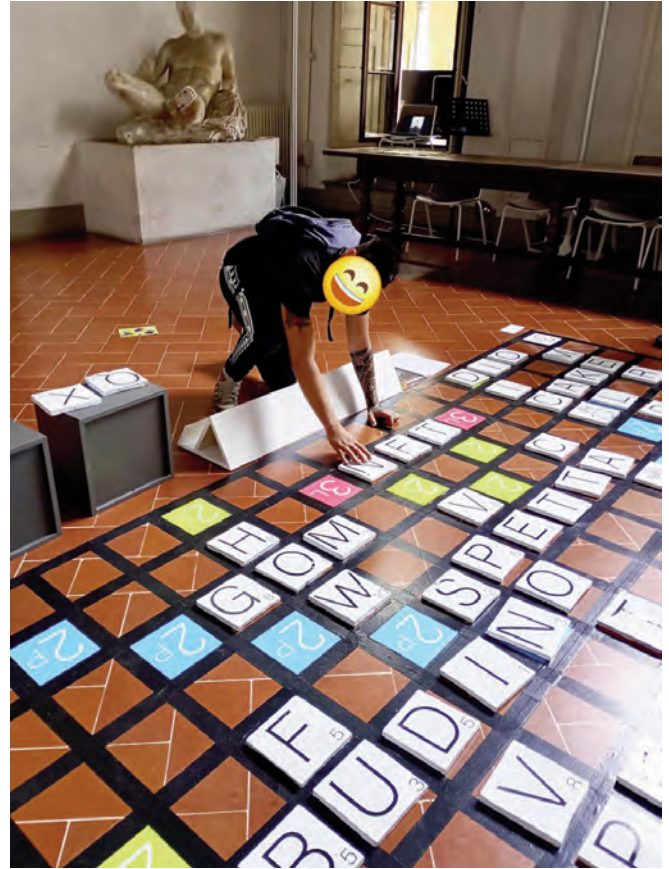
L'"Approdo" del Sommergibile prevede varie possibilità: inserimenti in Comunità Terapeutica oppure in programmi semiresidenziali, programmi ambulatoriali più strutturati, progetti di inclusione sociale, attività grupppali di secondo livello.

Da quando è stato attivato il Progetto (2017) ad oggi si sono "imbarcati" 44 ragazzi.

In conclusione, vista la complessità del target in questione, l'esperienza de "I ragazzi del Sommergibile" ci conferma che è possibile raggiungere risultati terapeutici più efficaci con un lavoro integrato tra Pubblico e Privato Sociale.

Bibliografia essenziale

- Goleman D., *Intelligenza emotiva*, Milano, Rizzoli (2011)
- Kun B. & Demetrovics Z. (2010), *Emotional Intelligence and addiction: a systematic review*, *Substance use & misuse*, 45 (7-8), 1131- 1160.
- Watzlawick P., Beavin J.H., Jackson D.D., *Pragmatica della comunicazione umana*, Roma, Astrolabio (1971)



6.7

EVIDENZE ED INTERVENTI PER ADOLESCENTI DIPENDENTI IN COMORBILITÀ

Pilo M.*, Campus M.C.*, Palla P.*, Riu A.**

*Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze - Sc Area
Dipendenze Patologiche Asl 1 - Sassari - Italy*

** Psicologa Dirigente; Psicologa Dirigente; Psicologa
Dirigente - Dipartimento di Salute Mentale e delle
Dipendenze- S.C. Servizio Dipendenze Patologiche –
Sassari*

*** Psicologa Specializzanda - S.C. Servizio Dipendenze
Patologiche – Sassari*

Analisi descrittiva e qualitativa di un campione di
Adolescenti e Giovani Adulti con DUS del SerD di Sassari

Sottotitolo: Analisi descrittiva e qualitativa di un cam-
pione di Adolescenti e Giovani Adulti con DUS del SerD
di Sassari

Premessa

L'area Adolescenti e giovani adulti risulta di fon-
damentale importanza per l'identificazione precoce ed il trat-
tamento di giovani consumatori che, come mostrano le
indagini ESPAD e la Relazione Annuale al Parlamento del
2024 sulle Dipendenze, è in costante e progressivo
aumento. Inoltre, rispetto alla Regione Sardegna, il
Piano Regionale della Prevenzione 2020-2025 indica la
Sardegna tra le sei regioni con consumi più alti di
sostanze psicoattive nella popolazione studentesca di
sesso maschile. Ciò richiede, per tanto, una indagine
specifica sulle peculiarità di questa fascia d'età e sugli
eventuali fattori predisponenti allo sviluppo di una
dipendenza.

Scopo delle osservazioni

Scopo del presente lavoro è analizzare le principali
caratteristiche della popolazione di minori e giovani
adulti in carico presso l'Area adolescenti e giovani adulti
(14 -24 anni) con Diagnosi da disturbo da uso di
sostanze che si è rivolta al SerD della provincia di
Sassari dal 1.07.2023 al 1.07.2024.

Tale analisi risulta essenziale per ottimizzare sia un
intervento precoce sia per offrire un trattamento sempre

più rispondente alla complessità del fenomeno delle
dipendenze in età evolutiva.

Metodologia

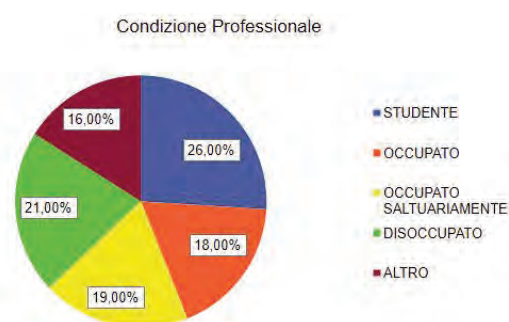
L'Area Funzionale adolescenti e giovani adulti utilizza
una metodologia che prevede una valutazione multidisciplinare secondo il modello bio-psico-sociale procedu-
rata nel SerD di Sassari. Le riflessioni seguenti sono il
prodotto di un'analisi descrittiva e qualitativa sulle
principali caratteristiche del campione di pazienti.

Risultati

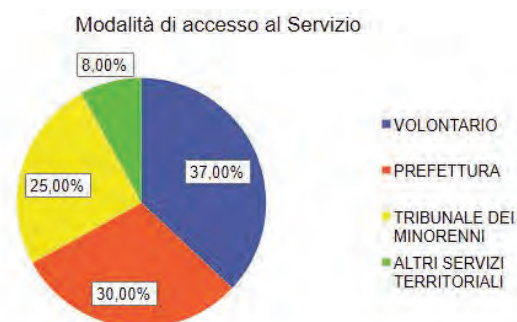
Il campione è composto da 117 pazienti: 100 maschi
(85%) e 17 femmine, (15%); di età compresa tra i 14 ed
i 24 anni (media 18,4 anni, mediana 18 anni); maggio-
renni 74 (65,81%), minorenni 43 (34,19%); scolarità:
elementari 3 (2,56%), medie inferiori 68 (58,12%),
medie superiori 22 (18,80%), scuole professionali 24
(20,51%);

Di seguito saranno indicate graficamente le altre 6
sei dimensioni del campione oggetto dell'indagine.

*Fig. 1 – I dati relativi alla condizione professionale indica-
no che il 44% del campione ha un impiego, mostrando una
non compromissione della sfera professionale e scolastica*



*Fig. 2 – I dati relativi alle modalità di accesso al servizio
mostrano che solo il 37% del campione si rivolge sponta-
neamente per una richiesta d'aiuto*



*Fig. 3 – I dati relativi alla Diagnosi Tossicologica mostrano
la sostanza principale d'abuso ma nella popolazione in*

oggetto è stata riscontrata una condizione generale di poliabuso

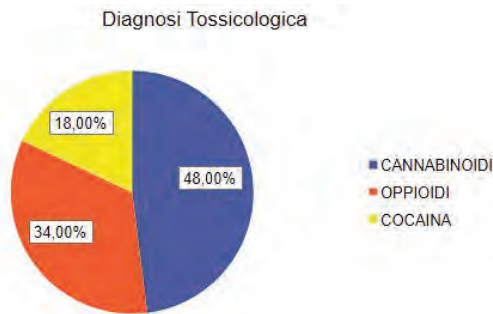


Fig. 4 – I dati relativi alla Tipologia di Trattamento mostrano come un modello di Intervento integrato multiprofessionale risulti l’approccio prevalente nel nostro Servizio

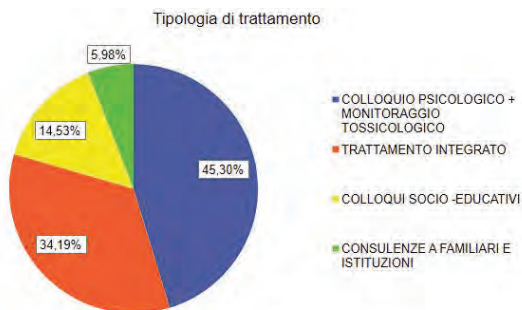
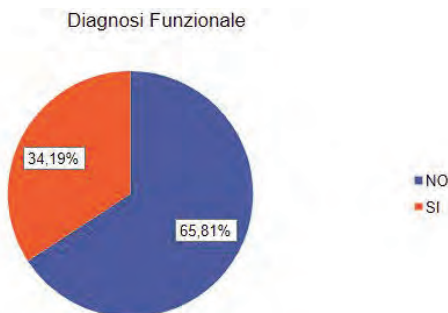


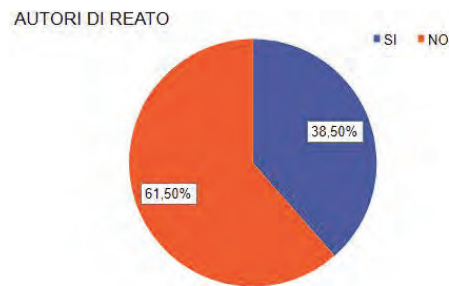
Fig. 5 – I dati relativi alla Diagnosi Funzionale mostrano come una significativa quota del campione presenta una comorbidità.



In riferimento agli utenti con diagnosi funzionale rappresentato dal 34,2% del campione, le diagnosi prevalenti appartengono ai Disturbi del Neurosviluppo (ADHD 18,18%, DSA 16,67%, Autismo 3,03%, Disabilità Intellettive 10,61%), Disturbo da Comportamento Dirompente, del Controllo degli impulsi e della condotta (DOP 6,06% Disturbo della Condotta 12,12%), Disturbo di personalità (9,09%), Disturbo d’ansia (7,58%), Disturbo depressivo (6,06%)

I dati descritti in merito alla Diagnosi Funzionale risentono di una elevata comorbidità tra diagnosi che rendono il quadro psicopatologico più complesso, e pertanto risulta difficile identificare il disturbo primario.

Fig. 6 – I dati relativi alla presenza o assenza di reato mostrano come una significativa percentuale del campione risulta coinvolto in attività illegali e sottoposto a misure giudiziarie. In riferimento agli utenti autori di reato rappresentato dal 38,5% del campione si riscontrano come tipologie di reato Detenzione e spaccio 66,70%, Furto 20%, Maltrattamenti 6,70%, Stalking 4,40%, Omicidio 2,20%.



Conclusioni

In riferimento ai dati sopraelencati poniamo l’attenzione su alcune variabili che risultano significative per il lavoro clinico e trattamentale nel Servizio.

Emerge come fattore di protezione, da sostenere e preservare, l’area occupazionale che risulta in questa fascia d’età non compromessa. Tra i fattori di rischio per un esordio in giovane età di un disturbo da uso di sostanze riscontriamo la presenza di una Diagnosi funzionale. In considerazione della conoscenza clinica del campione pare verosimile, inoltre, una possibile correlazione tra giovani autori di reato e diagnosi funzionale. Appare, pertanto, fondamentale in un lavoro futuro indagare questa dimensione.

Tali considerazione indirizzano i Servizi per le Dipendenze ad incrementare per l’Area adolescenti e giovani adulti interventi di promozione della salute e prevenzione primaria in collaborazione con i servizi che, a vario titolo, ruotano attorno ad essi come istituti scolastici, enti locali, servizi sanitari e nel contempo formalizzare procedure per una presa in carico congiunta per pazienti che presentano una comorbidità.

Bibliografia

- American Psychiatric Association (2014) Manuale Diagnostico e Statistico dei disturbi Mentali. quinta Edizione. Milano Cortina.
- ASAM American Society Off Addiction Medicine (2020), National Practice Guideline for The Treatment of Opioid Use Disorder pg57-58.
- Costabile A., Bellacicco D., Bellagamba F., Stevani J. (2011), Fondamenti di psicologia dello sviluppo. Laterza, Bari.
- ESPAD Italia 2024 European School Survey Project on alcohol and other drugs - Italy
- Korte M. (2020) The impact of the digital revolution on human brain and behaviour: where do we stand? Dialogue in Clinical Neuroscience, 22(2)101-1011.
- Lucchini A. (2024) Consumi e Dipendenze in Adolescenti e Giovani adulti – Franco Angeli Milano
- Lugoboni F. & Zamboni L. (a cura di) (2018) In sostanza: Manuale sulle Dipendenze patologiche Ed CLAD Verona
- Piano Regionale della Prevenzione 2020-2025 Regione Autonoma Sardegna
- 2024 - Relazione Annuale al parlamento sul fenomeno delle Dipendenze in Italia.
- Siegel D.J. (2014) La mente adolescente -Raffaello Cortina Milano

6.8

INCONTRARE LE EMOZIONI: RICONOSCKERLE E GESTIRLE

**Rigon J.^[1], Lasta B.^[2], Vidal Tagliapietra M.^[1],
Margutti E.^[1]**

^[1]UOS SerD AULSS 3 Venezia-Chioggia - Venezia - Italy,

^[2]Consulente esterno - Venezia - Italy

Un gruppo pilota presenterà un progetto per esplorare le emozioni utilizzando un approccio bioenergetico (Lowen, 1995). Prima dell'avvio del gruppo esperienziale, sarà effettuata una valutazione neuropsicologica per completare l'iter diagnostico e identificare eventuali comorbidità che potrebbero influenzare l'efficacia del trattamento proposto.

Introduzione

Razionale. Il progetto "Incontrare le emozioni: riconoscerle e gestirle" offre un'opportunità terapeutica integrativa per gli utenti del Servizio delle Dipendenze (SerD) con diagnosi di Disturbi d'Uso Alcol (DUA), d'Uso di Sostanze (DUS) e di Gioco D'Azzardo (DGA).

L'intervento proposto all'interno del progetto prevede attività di gruppo e si concentra sulla gestione delle emozioni che sono tra le criticità più frequentemente osservate nella popolazione del SerD. La revisione della letteratura condotta da Jordan Stellner e collaboratori (Jordan Stellner J. et al., 2023) ha confermato che i soggetti con disturbi di dipendenza tendono ad avere livelli elevati di emotività negativa e difficoltà nella regolazione delle emozioni. Le emozioni si manifestano attraverso il corpo che funge sia da sede che da strumento per acquisire consapevolezza emotiva. Le emozioni sono veicoli di cambiamento; se adeguatamente regolate ed elaborate, possono portare a una trasformazione positiva (Panksepp, 1998).

In risposta a queste criticità, il progetto propone un approccio bioenergetico (Lowen A., 1995) in un contesto di gruppo, al fine di facilitare l'acquisizione di esercizi e tecniche corporee. La bioenergetica, una branca della psicoterapia basata su tecniche psicocorporee, utilizza modalità respiratorie, esercizi fisici specifici, posizioni e contatti corporei, combinati con un'analisi psicologica del paziente. Questo approccio consente di integrare corpo e mente, aiutando a sciogliere i blocchi energetici e i meccanismi difensivi sia a livello fisico che psicoemo-

tivo. Le modalità difensive si manifestano a livello fisico con rigidità corporee, quali le contrazioni muscolari, e a livello psicologico con la mancanza di contatto emozionale. L'obiettivo della bioenergetica è rilassare le contrazioni muscolari, permettendo così di far emergere le emozioni che hanno causato tali blocchi e di ripristinare uno stato naturale di energia ed equilibrio.

Il progetto include una valutazione neuropsicologica preliminare che sarà effettuata prima dell'inizio del trattamento. Questa valutazione è cruciale per un completo inquadramento diagnostico degli utenti del SerD, considerando le comorbidità note (Katzman et al., 2017). È necessario integrare l'approfondimento degli aspetti emotivi e comportamentali con una valutazione neuropsicologica, poiché disturbi come ADHD e deficit delle funzioni esecutive sono frequentemente osservati in comorbidità con i disturbi da uso di sostanze (Klassen et al., 2012; Verdejo-Garcia et al., 2006; Verdejo-Garcia, 2017). Lo screening neuropsicologico consente di avviare interventi mirati e simultanei, favorendo così un esito efficace del trattamento proposto.

Obiettivo generale

Fornire al gruppo tecniche pratiche, mediante il corpo, che aiutino a sentire, riconoscere, esprimere e gestire le emozioni.

Obiettivi specifici

- 1- Promuovere l'acquisizione di tecniche e fare esperienza condivisa con esercizi specifici.
- 2- Stimolare la ripetizione delle suddette tecniche al di fuori del contesto del gruppo.

Materiali e metodi

Criteri di inclusione. Sono stati inclusi gli utenti giovani adulti, afferenti al SerD di Venezia, di età compresa tra i 18 e i 30 aa, con diagnosi DUS, DUA e DGA.

Criteri di esclusione. Sono stati esclusi gli utenti in uso attivo, al momento del reclutamento.

Campione. Il gruppo pilota finale è composto da 3 utenti. Un abbandono è stato registrato al termine della valutazione neuropsicologica e prima dell'inizio delle attività di gruppo. ?Descrizione del campione. Il campione include 3 adulti (N=3), di cui 2 di sesso maschile e 1 di sesso femminile. L'età media è di 25 anni, con un intervallo compreso tra i 20 e i 30 anni. La scolarità media è di 14 anni; tutti i partecipanti hanno conseguito il diploma di scuola media superiore e due di loro sono attualmente iscritti a corsi universitari. Due dei partecipanti sono certificati per Disturbo Specifico dell'Apprendimento (DSA).

Descrizione attività. È stato proposto un intervento basato sulla bioenergetica, con un numero limitato di

partecipanti per gruppo. Il progetto prevede la formazione di gruppi successivi con caratteristiche omogenee rispetto al campione attualmente reclutato, al fine di garantire un numero sufficiente di dati per le analisi. Tutti i partecipanti hanno fornito il consenso informato. Il programma inizia con un incontro introduttivo in cui si presenta il percorso del gruppo. A questo incontro di presentazione seguono cinque incontri, uno alla settimana, della durata di un'ora e mezza ciascuno. Ogni incontro include attività specifiche, svolte sia individualmente che in coppia, focalizzate sulle emozioni primarie (paura, tristezza, rabbia e gioia), trattate in moduli distinti. Ogni incontro prevede l'introduzione dell'emozione oggetto della seduta, l'applicazione di tecniche psicocorporee per facilitare la conoscenza e l'espressione di tale emozione ed una fase finale di condivisione. Tra i materiali utilizzati sono state incluse le carte Dixit di Jean-Louis Roubira (Jean-Louis Roubira, 2008), impiegate per il loro potere evocativo che facilita il riconoscimento e l'accesso alle emozioni attraverso immagini suggestive.

Valutazione iniziale. Sono stati somministrati alcune scale e test di approfondimento relativi a: percezione del benessere, valutazione delle emozioni, screening ADHD, valutazione neuropsicologica specifica per le funzioni esecutive (FE). I test e i questionari somministrati sono di seguito riportati in elenco.

1. Cognitive Behavioural Assessment – Valutazione di Esito (CBA-VE), (Michielin et al., 2008), questionario sulla percezione del benessere e del cambiamento;
2. Questionario sulla Regolazione Emotiva (ERQ) (Balzarotti et al., 2010), questionario tradotto in italiano sulla regolazione emotiva.
3. Questionario Fragilità Emotiva (Caprara et al., 1991), questionario per la misura della Fragilità Emotiva, impiegato per individuare le emozioni più significative da proporre nel gruppo.
4. Adult ADHD Self Report Scale (ASRS-V1.1) (World Health Organization, tradotta in italiano da Andrea Fossati), screening ADHD.
5. Valutazione neuropsicologica breve (VNPSI) con i seguenti test:
 - a) Moca (Nasreddine Z., 2006; Pirani et al., 2022): approfondimento cognitivo generale;
 - b) Modified Five point Test (Cattelani et al., 2011): approfondimento FE ed uso strategie;
 - c) Figura di Rey (Caffarra et al., 2000): approfondimento FE, pianificazione e memoria visuospatiale.

Valutazione finale. Sono somministrati il questionario CBA- VE (Cognitive Behavioural Assessment - Valutazione di esito; Michielin et al., 2008) per una valutazione del benessere e della percezione di cambia-

mento al termine del percorso intrapreso e un questionario di gradimento delle attività di gruppo, costruito ad hoc.

Follow-up. Previsto un follow up a 3 mesi dal termine del gruppo per il controllo del beneficio nel tempo e per valutare l'uso delle strategie condivise.

Risultati

Data la ridotta dimensione del campione (N=3), non è stato possibile condurre analisi statistiche che consentissero una valutazione quantitativa oggettiva dei dati raccolti. Tuttavia, l'analisi qualitativa ha evidenziato l'importanza di una valutazione di baseline che comprenda un approfondimento sia degli aspetti emotivi che cognitivi. La valutazione testistica, effettuata prima dell'inizio del trattamento di gruppo, ha fornito indicazioni utili non solo per orientare i pazienti verso eventuali approfondimenti specialistici, ma anche per definire con maggiore precisione il percorso diagnostico. Questo processo ha permesso di individuare aree di vulnerabilità e punti di forza nel funzionamento emotivo e cognitivo dei partecipanti, consentendo di personalizzare ulteriormente l'intervento. Le informazioni sul funzionamento cognitivo raccolte durante questa fase sono state particolarmente utili per prevedere la capacità dei pazienti di apprendere e mantenere nel tempo le strategie e tecniche condivise nelle attività di gruppo. Comprendere i livelli cognitivi di ciascun partecipante ha permesso di calibrare meglio le tecniche proposte, migliorando così l'efficacia del trattamento stesso. I questionari di gradimento somministrati al termine dei cinque incontri hanno evidenziato un elevato livello di soddisfazione tra i partecipanti riguardo all'approccio utilizzato. Inoltre, i pazienti hanno riconosciuto l'utilità pratica delle tecniche apprese, trovandole efficaci e applicabili nella vita quotidiana per la gestione delle emozioni. Questo riscontro positivo conferma il valore delle tecniche proposte e ne suggerisce una potenziale replicabilità in contesti simili. Gli strumenti testistici impiegati nel corso della valutazione sono elencati di seguito. Sono riportati i punteggi grezzi e corretti relativi ai test e questionari più rilevanti nella Tabella 1, per fornire un quadro più dettagliato dei risultati emersi (Tabella 1).

Conclusioni

Il gruppo pilota di bioenergetica (Lowen A, 1995), realizzato nell'ambito del progetto "Incontrare le emozioni: riconoscerle e gestirle", ha confermato l'importanza del tema trattato. L'obiettivo principale del gruppo consiste nel condividere tecniche pratiche basate sul corpo, per aiutare i partecipanti a sentire, riconoscere, esprimere e gestire le emozioni. Il progetto mira a promuovere l'ac-

TEST COGNITIVI	Pz 1	Pz 2	Pz 3	Pz 4*
Moca	Norma (28/30)	Deficitario (25/30)	Norma (30/30)	Norma (27/30)
MFPT Indice Strategia	deficitario	norma	norma	norma
Figura di Rey Copia	Deficitario	Norma	Norma	Norma
Differita	Deficitario	Norma	Norma	Norma
QUESTIONARI				
CBA-VE	qualitativo	qualitativo	qualitativo	qualitativo
ERQ	Rivalutazione	Soppressione emotiva	Rivalutazione	Soppressione emotiva
FE (Fragilità Emotiva)	qualitativo	qualitativo	qualitativo	qualitativo
ASRS	Norma (2/6)	Deficitario (5/6)	Norma (0/6)	Norma (0/6)

Tabella 1. Questionari e test somministrati con i relativi punteggi, laddove possibile, riportati in sintesi. Con * gli esiti dei punteggi del paziente 4 che non ha successivamente aderito alle attività di gruppo.

quisizione di esercizi per affrontare le emozioni primarie attraverso un'esperienza condivisa, incoraggiando i partecipanti a continuare a utilizzare tali tecniche anche al di fuori del contesto del gruppo. Durante i cinque incontri organizzati, sono state affrontate diverse emozioni utilizzando tecniche psicocorporee e materiali specifici, permettendo ai partecipanti di sperimentare, individualmente, in coppia o in gruppo, il riconoscimento e la gestione dell'emozione trattata in ciascuna sessione. Tuttavia, per confermare l'efficacia dell'approccio proposto, è necessaria la raccolta di ulteriori dati. Sono previsti nuovi piccoli gruppi, simili per caratteristiche al campione raccolto, al fine di trarre conclusioni più solide. Dal punto di vista clinico, l'integrazione di una valutazione neuropsicologica è stata utile per conoscere meglio il gruppo, raccogliere informazioni sulle risorse e difficoltà presenti, e adattare di conseguenza le attività proposte. Il funzionamento cognitivo, infatti, gioca un ruolo cruciale nel trattamento dei disturbi legati all'uso di sostanze. In particolare, anche una breve valutazione neuropsicologica può far emergere criticità che interferiscono con la gestione delle emozioni, compromettendo così l'efficacia del trattamento. È noto che i deficit nelle funzioni esecutive sono una caratteristica comune

nelle dipendenze (Verdejo-Garcia, A. 2017; Verdejo-Garcia et al., 2006) e possono ostacolare l'applicazione di strategie efficaci per gestire le emozioni. Questi deficit si manifestano nella vita quotidiana dei pazienti con difficoltà a controllare le proprie azioni, a posticipare la gratificazione e a mettere in atto strategie utili. Di conseguenza, tali difficoltà possono compromettere il successo nel superare l'uso problematico di sostanze (Butler e Le Foll, 2019). Identificare questi deficit prima dell'inizio di un trattamento permette di intervenire tempestivamente e migliorare l'efficacia dell'intervento specifico. I primi riscontri clinici, supportati dai questionari di gradimento compilati dai partecipanti al gruppo pilota, hanno mostrato che l'approccio bioenergetico ha facilitato l'accesso alle emozioni e fornito tecniche utili per la vita quotidiana. Questi risultati incoraggiano a proseguire con ulteriori arruolamenti e raccolte dati.

Limiti

La ridotta dimensione del campione, composto da soli tre partecipanti (N=3), rappresenta un limite significativo che impedisce di sottoporre i dati raccolti a un'analisi quantitativa e statisticamente significativa.

Pertanto, sarà fondamentale estendere il campione per poter condurre analisi più robuste. Inoltre, è necessario valutare l'efficacia del trattamento a breve termine, il che richiederà una rivalutazione dei partecipanti attraverso il follow-up previsto a tre mesi. Questo permetterà di verificare se i benefici iniziali osservati si mantengono nel tempo o se emergono nuovi aspetti rilevanti. Altro limite è rappresentato dall'assenza di un gruppo di controllo. L'inclusione e l'arruolamento di un gruppo di controllo è necessario per confrontare i risultati che si raggiungeranno con il trattamento proposto e per stabilire in modo più rigoroso l'efficacia dell'intervento. Solo attraverso questo confronto sarà possibile distinguere i reali effetti del trattamento da eventuali altri fattori, garantendo una maggiore solidità scientifica alle conclusioni.

Bibliografia

- Balzarotti S., John OP, Gross JJ. An Italian Adaptation of the Emotion Regulation Questionnaire. *Euro. J. Psychol.* Valutare. 2010; 26:61–67. doi: 10.1027/1015-5759/a000009.
- Butler K., Le Foll B. Impact of substance Use Disorder Pharmacotherapy on Executive Function: A narrative Review. *Frontiers in Psychiatry* (2019)10: 98
- Caparara G.V., Perugini M., Barbaranelli C., Pastorelli C. Scala per la misura della Fragilità Emotiva. *Organizzazioni Speciali*. 1991
- Cattelan R., Dal Sasso F., Corsini D., Posteraro L. The Modified Five-Point Test: normative data for a sample of Italian healthy adults aged 16–60. *Neurol Sci* (2011) 32:595–601. DOI 10.1007/s10072-011-0489-4
- Ekman, P. Te lo leggo in faccia. Riconoscere le emozioni anche quando sono nascoste. Editore Amrita, collana Scienza e Compassione. 2008.
- Giovagnoli A. R., Pesce M. Del, Mascheroni S., Simoncelli M., Laiacona M. & Capitani E. Trail making test: normative values from 287 normal adult controls. *The Italian Journal of Neurological Sciences* (1996) 17, 305–309.
- Jean-Louis Roubira 2008. *Dixit Un'immagine vale mille parole!* Ed. Libellud.
- Katzman M.A, Bilkey T.S., Chokka P.R., Fallu A., Klassen L.J. Adult ADHD and comorbid disorders: clinical implications of a dimensional approach. *BMC Psychiatry* (2017) 17:302 DOI 10.1186/s12888-017-1463-3.
- Klassen LJ, Bilkey TS, Katzman MA, Chokka P. Comorbid attention deficit/ hyperactivity disorder and substance use disorder: treatment considerations. *Curr Drug Abuse Rev.* 2012;5(3):190–8.
- Lowen A. *Joy: The Surrender to the Body and to Life* 1995
- Michielin P., Bertolotti G., Sanavio E., Vidotto G., Zotti A.M. Proposta di un nuovo strumento per la verifica dell'efficacia nella pratica dei trattamenti psicologici e psicoterapeutici, *Giornale Italiano di Medicina del Lavoro ed Ergonomia. Supplemento A di Psicologia*, 2008; 30: A 98-A104.
- Nasreddine ZS, Phillips NA, Bédirian V, Charbonneau S, Whitehead V, Collin I, Cummings JL, Chertkow H. The Montreal Cognitive Assessment, MoCA: a brief screening tool for mild cognitive impairment. *J Am Geriatr Soc.* 2005 Apr;53(4):695-9. doi: 10.1111/j.1532-5415.2005.53221.x.
- Panksepp, J. (1998). *Affective neuroscience: The foundations of human and animal emotions*. Oxford University Press.
- Pirani A, Nasreddine Z, Neviani F., Fabbo A., Rocchi M.B., Bertolotti M., Tulipani C., Galassi M., Belvederi Murri M., Neri M. MoCA 7.1: Multicenter Validation of the First Italian Version of Montreal Cognitive Assessment. *J Alzheimers Dis Rep.* 2022; 6(1): 509–520.
- Sanavio E., (Edd.), *Le scale CBA Milano*, Raffaello Cortina, 2002
- Jordan Stellern, Ke Bin Xiao, Erin Grennell, Marcos Sanches, Joshua L. Gowin, Matthew E. Sloan. Emotion regulation in substance use disorders: a systematic review and meta analysis. *Addiction.* 2023 Jan; 118(1): 30–47. Published online 2022 Aug 11. doi: 10.1111/add.16001
- Verdejo-Garcia, A. (2017). Chapter 16- executive dysfunction in addiction. In: Goldberg E, editor. *Executive Functions in Health and Disease*. San Diego, CA: Academic Press (2017). p. 395–403.
- Verdejo-Garcia A, Bechara A, Recknor EC, Perez-Garcia M. Executive dysfunction in substance dependent individuals during drug use and abstinence: an examination of the behavioral, cognitive and emotional correlates of addiction. *J Int Neuropsychol Soc.* (2006) 12:405–15. doi: 10.1017/S1355617706060486

6.9

ABBATTIMENTO DEI LIMITI E NUOVE TECNOLOGIE NEL TRATTAMENTO DELLE DIPENDENZE

Pollina P., Lo Presti E., Mazzeo A.A.
ASP 9 TRAPANI - TRAPANI - Italy

Nel presente lavoro si analizzeranno i limiti trattamentali per la cura delle dipendenze e si proporrà l'ausilio della Realtà Virtuale (VR) come soluzione innovativa nella formulazione di progetti individualizzati, essendo una modalità che potrebbe risultare efficace sia con i pazienti cronici che con i pazienti più giovani.

Introduzione

Il trattamento delle dipendenze rappresenta una sfida complessa e in continua evoluzione, con un numero crescente di pazienti che si rivolgono ai Servizi per le Dipendenze (SerD). Attualmente, i percorsi terapeutici tradizionali adottati dai SerD seguono un approccio multidisciplinare che include interventi farmacologici, psicoterapia cognitivo-comportamentale (CBT), gruppi di supporto e assistenza psicosociale. Tuttavia, sebbene questi trattamenti possano risultare efficaci per alcuni pazienti, in altre situazioni si rivelano insufficienti e presentano difficoltà che ne limitano l'efficacia.

Le problematiche principali comprendono una scarsa adesione al trattamento e difficoltà nel riconoscere e gestire i trigger ambientali e sociali, che comportano un alto tasso di ricadute e abbandoni dei programmi. I trigger, ovvero quegli stimoli esterni che scatenano il desiderio di consumare sostanze, sono spesso complicati da identificare e affrontare in modo efficace, contribuendo così al rischio di recidiva.

Un ulteriore limite dei percorsi trattamentali è la mancanza di opportunità concrete per il paziente di sperimentare e affrontare in sicurezza le possibili situazioni di rischio, che potrebbe incontrare nella vita quotidiana.

L'obiettivo di questo Abstract è analizzare il fenomeno della dipendenza, i percorsi di cura attualmente utilizzati e introdurre nuove strategie terapeutiche attraverso l'uso della VR (realtà virtuale). In questo contesto, la Realtà Virtuale (VR) si presenta come uno strumento terapeutico innovativo che potrebbe segnare una svolta

nella gestione delle dipendenze. Grazie alla sua capacità di creare ambienti simulati immersivi e sicuri, offre ai pazienti l'opportunità di confrontarsi con situazioni di rischio in un contesto controllato, fornendo un'esperienza terapeutica realistica e priva di conseguenze reali.

Difficoltà nei Percorsi di Cura Attuali

I percorsi terapeutici attuati dai Servizi per le Dipendenze si avvalgono di approcci integrati e multidisciplinari, caratterizzati dalla fase conoscitiva, valutativa e clinico-diagnostica. All'interno degli ambulatori sono previste diverse tipologie di percorsi terapeutico-riabilitativi. L'équipe multidisciplinare collabora attivamente nel percorso ambulatoriale caratterizzato da colloqui psicosociali e dalla prescrizione di terapie farmacologiche finalizzate alla diminuzione del craving. Un'altra possibilità, prevista nei casi più difficili in cui vi siano pazienti recidivi che presentano maggiori difficoltà nel percorso di disintossicazione, è quella che si sviluppa all'interno di strutture sanitarie convenzionate o di strutture residenziali terapeutico-riabilitative.

Inoltre, uno degli obiettivi dell'équipe multidisciplinare del Servizio per le Dipendenze è quello di svolgere attività di prevenzione, che possono essere realizzate sia all'interno del Servizio che in collaborazione con enti locali e scuole.

I pazienti in carico al SerD sono una tipologia di utenza molto complessa.

Potrebbe verificarsi la possibilità di avere la presenza di pazienti con disturbi psichiatrici, disturbi di personalità, soggetti con problemi di vulnerabilità sociale, pazienti con comorbidità fisiche e soggetti che tendono ad avere comportamenti impulsivi e ad alto rischio, che possono creare varie difficoltà agli operatori del Servizio che si trovano ad affrontare quotidianamente varie problematiche di gestione strutturale e operativa.

Alcuni dei limiti e difficoltà che emergono e che possono essere evidenziati nei trattamenti tradizionali, sono:

- L'abbandono dei percorsi di cura, che avviene già nei primi mesi a causa della scarsa motivazione, della complessità del trattamento o anche degli effetti collaterali legati ai farmaci prescritti.
- Le difficoltà nell'individuare e gestire i fattori chiave che scatenano il continuo desiderio di consumare sostanze (trigger);
- Complessità da parte dei pazienti nel gestire situazioni di rischio nella vita reale, anche dopo la conclusione del programma;
- Elevati rischi di ricaduta. Si stima che almeno il 60% dei pazienti sperimenti una ricaduta entro un anno dalla fine del trattamento;
- Supporto limitato, poiché dopo il completamento del

trattamento i pazienti non ricevono un monitoraggio post-trattamento, anche successivamente alla conclusione di un programma terapeutico di tipo residenziale;

- Scarsa gestione del craving provocato da un'infinità di fattori scatenanti.

Con il passare del tempo, la tipologia di utenti che si rivolgono ai SerD ha cambiato il tipo di dipendenza. Anche le dipendenze si sono adattate ed evolute alla società odierna: se negli anni '80 prevaleva l'uso dei cannabinoidi, negli anni '90 l'uso dell'eroina; oggi potremmo trovarci di fronte a una società diversa, con esigenze diverse, e a un diverso uso di sostanze.

L'effetto principale ricercato dai tossicodipendenti di oggi è quello di avere una gratificazione istantanea, un effetto che arriva subito. Le sostanze che ad oggi portano questo tipo di effetto sono le nuove sostanze psicoattive (NPS), quelle sostanze sintetiche come oppioidi, fenilettilamine, triptamine che essendo, appunto, composti sintetici ed essendo facilmente manipolabili, sono difficili da individuare e controllare.

La Realtà Virtuale come Potenziale Svoltata Terapeutica

Abbiamo considerato le difficoltà nei percorsi di cura tradizionali ed è proprio in questo contesto che emerge la necessità di utilizzare nuovi approcci terapeutici che possano integrare e migliorare l'efficacia degli interventi. Gli studi di Ivan Pavlov sul condizionamento classico, dimostrano che l'associazione tra uno stimolo condizionato e uno stimolo incondizionato portano a una risposta condizionata. Si è scoperto che le dipendenze agiscono principalmente nel sistema di ricompensa del cervello, promuovendo il rilascio di dopamina, un neurotrasmettitore fondamentale per il piacere e la motivazione. Il cervello del tossicodipendente, proprio come quello del cane pavloviano, associa gli stimoli esterni alla risposta di piacere legata alla sostanza, creando una catena di reazioni difficili da interrompere. Questa analogia tra il cervello umano e quello animale è fondamentale per comprendere la natura automatica e incontrollabile del desiderio presente nelle varie dipendenze. Se nel lavoro di Pavlov il cane non faceva altro che associare un suono a un'esperienza positiva (il cibo), questo comportamento può essere direttamente collegato al funzionamento del cervello umano, in cui gli stimoli esterni (come una bottiglia di birra o una siringa) sono collegati a risposte di piacere.

La teoria pavloviana trova conferma nella neurofisiologia, infatti esiste una stretta relazione tra il cervello emotivo (cervello mesolimbico) e la corteccia prefrontale, queste strutture si regolano vicendevolmente con azione inibitoria.

Il disaccoppiamento delle associazioni condizionate consisterebbe quindi nell'attivazione della corteccia prefrontale

che inibirebbe il circuito mesolimbico con blocco del craving. Tale meccanismo può essere attivato esponendo gradualmente i pazienti a stimoli e non permettendo loro l'uso di sostanze. Con la realtà virtuale si può raggiungere questo scopo.

La realtà virtuale è un metodo di interazione uomo-computer in una realtà artificiale. Viene proposta come uno strumento innovativo che potrebbe segnare la svolta nella gestione delle dipendenze attraverso la terapia di esposizione ai segnali (CET). Tramite la creazione di ambienti simulati immersivi e sicuri, offre ai pazienti, affetti da dipendenza, la possibilità di affrontare scenari realistici utili per sperimentare e controllare le situazioni di rischio con la supervisione di un operatore.

L'uso della VR consentirebbe una maggiore personalizzazione del trattamento, in quanto ogni paziente può essere esposto a situazioni virtuali diverse, a seconda della dipendenza da affrontare, riducendo così il rischio di sovraccarico emotivo e di ansia. Questo approccio permette di affrontare i fattori scatenanti in modo graduale, consentendo di esercitarsi nell'uso delle strategie di coping, apprese durante la terapia cognitivo-comportamentale (CBT).

Inoltre, la combinazione tra la realtà virtuale e la biometria garantirebbe anche un maggiore controllo delle risposte fisiologiche del paziente (frequenza cardiaca, pressione sanguigna, rilevamento dello stress).

L'accostamento VR - biometria consentirebbe, inoltre, di monitorare le reazioni del paziente agli stimoli legati alla sostanza d'uso, identificando anche i momenti in cui il paziente è più vulnerabile agli stimoli e al craving. Attraverso il feedback, è possibile comprendere meglio i sentimenti e i pensieri che il paziente prova. Oltre a ciò, fornisce agli operatori un monitoraggio in tempo reale dello stato emotivo e la possibilità di sviluppare un piano di trattamento personalizzato. L'obiettivo è che, negando ripetutamente la propria dipendenza in uno scenario virtuale, i soggetti possano acquisire competenza decisionale e strumenti necessari per affrontarla anche nel mondo reale.

Un esempio di utilizzo della VR nei SerD potrebbe essere caratterizzato da un' iniziale valutazione del paziente, in cui l'operatore identifica i diversi scenari in cui si presentano in cui si attiva lo stato mentale del soggetto dipendente. Sulla base dei dati raccolti verrà creato un piano di trattamento individualizzato e dinamico. Segue un'esposizione alla realtà virtuale in cui il paziente, con l'ausilio di un Visore, viene inserito in un ambiente virtuale che riproduce quello identificato dall'operatore nella valutazione iniziale. In questa fase possono essere applicati sensori biometrici per monitorare le risposte fisiologiche. Nella fase conclusiva della sessione le reazioni del paziente possono essere analizzate (Feedback)

e, se necessario, si possono apportare modifiche all'iniziale piano.

Studi e ricerche

Negli ultimi anni, la Realtà Virtuale (VR) è emersa come uno strumento terapeutico importante in diversi settori della medicina, incluso il trattamento delle dipendenze, offrendo un'alternativa innovativa e complementare ai metodi di cura tradizionali. Inizialmente, questa tecnologia è stata utilizzata principalmente per affrontare disturbi neuropsichiatrici come ansia e depressione, ma il suo impiego si è poi ampliato alle dipendenze, sia da sostanze che comportamentali, come il gioco d'azzardo patologico. I primi studi sull'uso della VR per le dipendenze sono stati condotti dal Virtual Reality Center dell'Università di Houston, dove un gruppo di ricercatori ha dimostrato l'efficacia della realtà virtuale nel trattamento della dipendenza da nicotina, esponendo i pazienti a stimoli visivi e ambienti associati al consumo di sigarette, senza consentire l'accesso al fumo. Dai risultati è emersa una significativa riduzione del desiderio di fumare. Allo stesso modo, la VR è stata utilizzata con successo per affrontare la dipendenza da alcool, un'area in cui questa tecnologia ha mostrato risultati promettenti. Diversi studi, come quello condotto in Spagna presso l'Università di Barcellona, hanno dimostrato come la realtà virtuale possa ricreare contesti altamente realistici, come bar o feste, in cui i pazienti con dipendenza da alcol sono esposti a situazioni che normalmente scatenerrebbero il desiderio di consumare alcool. Queste simulazioni non solo permettono ai pazienti di affrontare in modo sicuro il craving, ma, grazie all'esposizione ripetuta, migliorano la loro capacità di gestire le tentazioni nella vita reale. Inoltre, la VR ha trovato applicazioni significative anche nella dipendenza da oppiacei e cocaina. In uno studio condotto a Shanghai, i pazienti affetti da dipendenza sono stati esposti a simulazioni di ambienti tipici del mercato della droga. Questo tipo di terapia si è rivelato utile per ridurre la risposta al desiderio dei pazienti e migliorare la loro gestione delle tentazioni.

I Benefici della VR nei SerD

L'introduzione della Realtà Virtuale (VR) e della Terapia Di Esposizione ai Segnali (CET) nei Servizi per le Dipendenze (SerD) potrebbe rappresentare un cambiamento significativo nell'approccio terapeutico, grazie alla capacità di agire su diversi livelli clinico, esperienziale e motivazionale. Uno dei principali vantaggi della VR è quella di rendere la terapia più accessibile e coinvolgente per i giovani, che spesso si sentono più a loro agio con le nuove tecnologie. Con un'interfaccia dinamica e innovativa, la VR può incoraggiare una partecipa-

zione più attiva al trattamento, contrastando il comune rifiuto o la resistenza che molti pazienti mostrano nei confronti dei metodi terapeutici tradizionali. Inoltre, i SerD potrebbero utilizzare la VR come una sorta di "palestra virtuale", dove i pazienti possono esercitarsi a gestire situazioni di stress e tentazioni, simulando scenari reali che potrebbero affrontare nella vita quotidiana, come incontri con persone o ambienti che richiamano il desiderio di usare sostanze. L'aspetto interattivo della VR non solo aiuta i pazienti a migliorare le loro risposte emotive e comportamentali, ma promuove anche una collaborazione più stretta con gli operatori sanitari. Gli operatori dei SerD possono monitorare le reazioni dei pazienti in tempo reale e adattare le strategie di trattamento in base ai loro progressi, fornendo un feedback immediato e creando una relazione terapeutica più attiva e partecipativa.

Conclusioni

I percorsi di cura offerti dai SerD richiedono approcci terapeutici innovativi che si adattino ai cambiamenti delle generazioni e all'evoluzione continua delle sostanze e delle dipendenze. Le ricerche sull'uso della Realtà Virtuale (VR) nel trattamento delle dipendenze e i risultati ottenuti forniscono una base solida per integrare queste nuove tecnologie nei Servizi per le Dipendenze, assicurando una risposta più efficace e moderna alle sfide terapeutiche attuali. L'immersività della VR offre un'esperienza coinvolgente e interattiva, capace di attrarre anche le fasce di popolazione più giovani, spesso meno propense a seguire i trattamenti tradizionali. La VR non deve essere vista come un sostituto delle terapie tradizionali, ma piuttosto come uno strumento complementare in grado di colmare alcune lacune dei percorsi attuali. La sua capacità di simulare ambienti realistici e consentire ai pazienti di affrontare i propri trigger in un contesto sicuro e controllato rappresenta un potenziale enorme per ottimizzare i trattamenti. Inoltre, l'uso della VR potrebbe contribuire a ridurre la stigmatizzazione legata al trattamento delle dipendenze, offrendo un contesto meno giudicante e più confortevole per i pazienti, migliorando così la loro motivazione e adesione alla terapia.

È interessante notare come l'introduzione di queste tecnologie possa rappresentare non solo un progresso tecnologico, ma anche un cambiamento di paradigma nella percezione della dipendenza e nelle modalità di trattamento. La VR potrebbe diventare un mezzo per trasformare le "relazioni difficili" che i pazienti hanno con le sostanze e i comportamenti problematici, creando uno spazio sicuro per rielaborare queste relazioni e ridurre l'impulso alla ricaduta.

Tuttavia, come per ogni nuova tecnologia, è necessario

un ulteriore approfondimento scientifico per comprenderne appieno l'efficacia a lungo termine. Gli studi condotti finora sono promettenti, ma necessitano di una valutazione più approfondita.

Bibliografia

- BMC Psychiatry, Clinical Trials of Virtual Reality Therapy for Addiction: Case Study in Shanghai. BMC Psychiatry, 2020.
- Dipartimento per le Politiche Antidroga (DPA), Relazione Annuale sulle Tossicodipendenze in Italia, 2023. Presidenza del Consiglio dei Ministri, Roma: DPA, 2023.
- Freeman, D., Reeve, S., Kingdon, D., Virtual Reality in the Treatment of Drug Craving, Psychiatric Services, 2016.
- Gutiérrez-Maldonado, J., Ferrer-García, M., Virtual Reality in the Treatment of Substance Abuse. Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking, 2012.
- Hernández-Serrano, O., Ferrer-García, M., Gutierrez-Maldonado, J., Cue Exposure Therapy and Virtual Reality for the Treatment of Substance Use Disorders: A Systematic Review. Current Addiction Reports, 2021.
- Kim, Y., Lee, Y. H., Virtual Reality-based Intervention for Substance Use Disorders. Nature, 2021.
- Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), Rapporto globale sul consumo di sostanze psicoattive, OMS, 2023.
- Pavlov, I. P., Conditioned Reflexes: An Investigation of the Physiological Activity of the Cerebral Cortex. Oxford University Press, 1927.

Sitografia

<https://www.politicheantidroga.gov.it/>
<https://www.emcdda.europa.eu/?https://www.nature.com/articles/s41398-021-01739-3>?<https://bmcp psychiatry.biomedcentral.com>
<https://archive.org/details/conditionedrefle00pavl/page/n5/mode/2up> ?<https://www.who.int>
<https://www.politicheantidroga.gov.it/>

6.10

SCREENING HCV NEI SERD DI REGIONE LOMBARDIA: ANALISI DEL PRIMO BIENNIO DI ATTIVITÀ

Riglietta M.^[1], Cereda D.^[2], Crottogini L.^[2],
Del Castillo G.^[2]

^[1]ASST Papa Giovanni XXIII. SC Dipendenze, - Bergamo,

^[2]Regione Lombardia, Direzione Generale Welfare, UO
Prevenzione - Milano - Italy

L'attività di screening per HCV nei SerD di Regione Lombardia è impegno consolidato. La DGR 5830 del 29/12/2021, ha permesso di incentivare l'attività attraverso un aumento di sensibilizzazione degli operatori, l'utilizzo di test rapidi e la possibilità di trattamento all'interno degli stessi servizi

Introduzione

L'uso di sostanze per via endovenosa rappresenta il principale fattore di rischio per l'infezione da HCV sia in Europa che negli Stati Uniti. La prevalenza di positività sierologica di HCV nei PWID (persone che fanno uso di droghe per via endovenosa) è stimata essere superiore all'80% in Italia(1). I primi anni dopo l'inizio dell'uso di sostanze per via endovenosa determinano un rischio del 40% di acquisire l'infezione da HCV(2). Questa popolazione rappresenta un importante serbatoio per la perpetuazione dell'epidemia da HCV e l'assenza di un vaccino efficace per prevenire l'infezione, rende sempre più rilevanti altri mezzi di prevenzione dell'infezione, quali le strategie di riduzione del danno (es. educazione e distribuzione di siringhe sterili)(3) e le campagne di screening per la diagnosi e trattamento precoce dell'infezione(4,5). Agire sulla popolazione dei pazienti PWID è il fulcro per il raggiungimento dell'obiettivo dell'OMS di eradicazione dell'HCV entro il 2030(6). I servizi per le dipendenze (SerD) sono quindi registi principali per l'implementazione e realizzazione di queste strategie.

L'uso di test rapidi per la diagnosi dell'infezione (HCV Ab e HCVRNA GenExpert (7)), rappresenta un supporto prezioso per questa categoria di pazienti, sia per le difficoltà pratiche nell'esecuzione del prelievo venoso, sia per la ridotta compliance degli stessi pazienti. Inoltre la possibilità di somministrare il trattamento antivirale

specifico con DAA (direct-acting antiviral) direttamente al SerD, permetterebbe di superare ulteriori barriere di accesso per questa popolazione chiave.

Questo lavoro ha lo scopo di evidenziare lo stato di avanzamento della campagna di screening nei SerD di Regione Lombardia e di rappresentare alcune prime considerazioni sui punti più critici che abbiamo osservato.

Metodi

Il lavoro si è basato sull'analisi dei dati ufficiali trasmessi da Regione Lombardia al Ministero della Salute, riferiti a tutti i SERD operativi in regione riferiti al periodo 1° luglio 2022 – 30 giugno 2024.

Risultati

L'attività di screening è iniziata il 30 giugno 2022.

Nella tabella 1 vengono riportate alcune informazioni preliminari: la popolazione target del periodo considerato è rappresentata da 53.990 soggetti identificati attraverso il flusso AMB (flusso delle attività SerD, trimestrale). Di questi 9.246 sono rappresentati da PWID (consumatori di droghe per via iniettiva). 3.585 soggetti sono stati esclusi dall'invito (ad es. perché soggetti con infezione da HCV nota).

26.156 (48,45%) sono i soggetti invitati per lo screening di cui 5,517 (21,09%) sono utilizzatori per via iniettiva.

Nella Tabella 2 si analizzano i dati relativi allo screening e all'esito dei test.

I soggetti screenati sono complessivamente 19.693 (75,29%) dei soggetti invitati.

Lo screening nella maggior parte dei casi è ancora effettuato tramite prelievo di sangue venoso (68,9%). Altre modalità sono la ricerca di anticorpi su sangue capillare 4422 (22,4%), ricerca di anticorpi su saliva 752 (3,8%). Vi è poi lo screening effettuato con ricerca di HCV RNA direttamente su prelievo venoso 754 (3,82%) o su sangue capillare 195 (0,99%).

Il numero di pazienti positivi al test di screening sono stati 2.402 che rappresentano il 12,19% della popolazione screenata.

Dei 949 pazienti sottoposti direttamente al test RNA (195 su sangue capillare e 754 su prelievo venoso) 356 sono risultati positivi, con una percentuale di positività pari al 37,51%.

La Tabella 3 analizza i Test di conferma.

I soggetti sottoposti al test di conferma sono stati 1613 pari al 78,83% dei soggetti positivi al test di screening (non considerando i soggetti ai quali è stato somministrato il test RNA direttamente al primo livello). Di questi 631 sono positivi (39,12%).

La tabella 4 evidenzia il dato delle reinfezioni: 62 soggetti positivi al test di conferma (9,83%) sono soggetti

con una reinfezione.

Nella tabella 5 abbiamo voluto riassumere la “cascade of care”.

Nel corso dei primi due anni di screening il 75% dei pazienti invitati sono stati screenati evidenziando che il 5% dei soggetti screenati ha un’infezione attiva.

Solo il 67,38% dei pazienti sono stati INVIATI a visita specialistica effettuata però dal 90% dei soggetti inviati. Di questi l’84,81% dei pazienti ha iniziato un trattamento specifico, il 30% nei SerD ed il 70% nei servizi specialistici.

L’80% ha completato il trattamento.

Conclusioni

L’attività di screening per HCV è attività consolidata nei SerD è nel biennio considerato è stato ulteriormente incrementata nonostante il percorso amministrativo per ottenere i test rapidi sia stato particolarmente laborioso. È evidente, infatti, che la maggior parte dell’attività sia svolta attraverso il prelievo di sangue venoso. Possiamo essere soddisfatti dall’adesione alla campagna, indice della capacità dei servizi di motivare i pazienti all’effettuazione dello screening.

Altrettanto positivo il dato che l’84% dei pazienti che effettuano visita specialistica (dentro o fuori SerD) iniziano un trattamento e, di questi, l’86% lo portano a termine.

Due i punti che riteniamo critici: il primo riguarda il fenomeno della reinfezione. 62 pazienti (corrispondenti al 10% di coloro che risultano positivi ad HCV RNA) hanno avuto una reinfezione. Il fenomeno dovrebbe spronare i servizi a sviluppare un modello continuo di pratiche di riduzione del danno, attraverso l’educazione continua sulle modalità di consumo di sostanze meno rischiose, ma anche con la distribuzione di materiale di consumo sterile, specifico per tipologia di consumatore, accompagnato all’educazione e allo sviluppo di competenze anche attraverso la peer education.

Il secondo punto che deve far riflettere riguarda l’invio alla visita specialistica: solo il 67% dei pazienti con infezione attiva, infatti, è stato inviato per la visita specialistica nonostante tutti i servizi abbiano percorsi facilitati all’interno delle proprie aziende.

Se si considera che il 90% dei pazienti inviati ha effettuato la visita, che di questi l’84% ha iniziato il trattamento e che l’86% lo ha completato, si dovrebbe spingere perché i servizi implementino l’attività al proprio interno arrivando a strutturare un Point of Care anche attraverso la presenza di specialisti esterni.

Un interessante valutazione futura sarà quella di confrontare i dati relativi al trattamento fra i servizi che offrono un point of care interno e chi invia all’esterno.

Bibliografia

1. Nelson PK, Mathers BM, Cowie B, Hagan H, Des Jarlais D, Horyniak D, Degenhardt L. Global epidemiology of hepatitis B and hepatitis C in people who inject drugs: results of systematic reviews. *Lancet*. 2011 Aug 13;378(9791):571-83. doi: 10.1016/S0140-6736(11)61097-0. Epub 2011 Jul 27. PMID: 21802134; PMCID: PMC3285467.
2. Maher L, Jalaludin B, Chant KG, Jayasuriya R, Sladden T, Kaldor JM, et al. Incidence and risk factors for hepatitis C seroconversion in injecting drug users in Australia. *Addiction*. 2006;101(10):1499-1508.
3. Cousien A, Tran VC, Deuffic-Burban S, Jauffret-Roustide M, Mabileau G, Dhersin JS, Yazdanpanah Y. Effectiveness and cost-effectiveness of interventions targeting harm reduction and chronic hepatitis C cascade of care in people who inject drugs: The case of France. *J Viral Hepat*. 2018 Oct;25(10):1197-1207. doi: 10.1111/jvh.12919. Epub 2018 May 9. PMID: 29660211.
4. National Academies of Sciences, committee on a national strategy for the elimination of hepatitis B and C, board on population health and public health practice: a national strategy for the elimination of hepatitis B and C: phase two report. Washington, DC: National Academies Press; 2017.
5. Martin NK, Hickman M, Hutchinson SJ, Goldberg DJ, Vickerman P. Combination interventions to prevent HCV transmission among people who inject drugs: modeling the impact of antiviral treatment, needle and syringe programs, and opiate substitution therapy. *Clin Infect Dis*. 2013;57(Suppl 2):S39-S45.
6. World Health Organization 2017 - Action plan for the health sector response to viral hepatitis in the WHO European Region
7. <https://www.cepheid.com/en/tests/Virology/Xpert-HCV-Viral-Load>
8. https://www.progettopiter.it/Repository/News/CCU-RIAMO_2020-03-10.pdf
9. EMCDDA 2019: Hepatitis C new model of care for drug services - https://www.emcdda.europa.eu/drugs-library/hepatitis-c-new-models-care-drugs-services_en
10. WHO 2020 - Compendium of good practices in the health sector response to viral hepatitis in the WHO European Region ISBN 9789289055161
11. Riglietta M, Chiesa A, Cocca G, Ranieri R., Zilio V. PDTA per la diagnosi e il trattamento in Regione Lombardia dell’infezione da HCV nelle carceri e nei SerD Mission 60, *Italian Quarterly Journal of Addiction*, giugno 2023, pgg 14-17 - Doi: 10.3280/mis60-2022oa15188
12. Marco Riglietta, Lorenza Bertù, Alberto Chiesa,

Roberto Ranieri - HCV elimination plan 2.0: un progetto per migliorare il percorso delle persone con HCV consumatrici di sostanze in Lombardia - Mission 63-64, Italian

Quarterly Journal of Addiction, Doi: 10.3280/mis63-64-2023oa17234

Torna al Menu 	 DIREZIONE GENERALE DELLA PREVENZIONE SANITARIA 	SCREENING DELL'INFEZIONE DA HCV Scheda di monitoraggio e valutazione ALLEGATO 1																																							
PARTE II – POPOLAZIONE TARGET: soggetti seguiti dai Servizi pubblici per le Dipendenze (SerD), indipendentemente dalla coorte di nascita e dalla nazionalità																																									
<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: right;">Data inizio screening:</td> <td style="text-align: center;">30/06/2022</td> <td style="text-align: right;">▼</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">N. di soggetti appartenenti alla popolazione target:</td> <td style="text-align: center;">53990</td> <td style="text-align: right;">▼</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">di cui PWID (Consumatori di droghe per via iniettiva):</td> <td style="text-align: center;">9246</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Età media target:</td> <td style="text-align: center;">43</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Range Min:</td> <td style="text-align: center;">12</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Range Max:</td> <td style="text-align: center;">92</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">N. di soggetti esclusi dall'invito:</td> <td style="text-align: center;">3585</td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="font-size: small;">(es. soggetti con infezione attiva da HCV già nota)</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">N. di soggetti invitati:</td> <td style="text-align: center;">26156</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">di cui PWID (Consumatori di droghe per via iniettiva):</td> <td style="text-align: center;">5517</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Età media invitati:</td> <td style="text-align: center;">43</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Range Min:</td> <td style="text-align: center;">13</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Range Max:</td> <td style="text-align: center;">86</td> <td></td> </tr> </table>			Data inizio screening:	30/06/2022	▼	N. di soggetti appartenenti alla popolazione target:	53990	▼	di cui PWID (Consumatori di droghe per via iniettiva):	9246		Età media target:	43		Range Min:	12		Range Max:	92		N. di soggetti esclusi dall'invito:	3585		(es. soggetti con infezione attiva da HCV già nota)			N. di soggetti invitati:	26156		di cui PWID (Consumatori di droghe per via iniettiva):	5517		Età media invitati:	43		Range Min:	13		Range Max:	86	
Data inizio screening:	30/06/2022	▼																																							
N. di soggetti appartenenti alla popolazione target:	53990	▼																																							
di cui PWID (Consumatori di droghe per via iniettiva):	9246																																								
Età media target:	43																																								
Range Min:	12																																								
Range Max:	92																																								
N. di soggetti esclusi dall'invito:	3585																																								
(es. soggetti con infezione attiva da HCV già nota)																																									
N. di soggetti invitati:	26156																																								
di cui PWID (Consumatori di droghe per via iniettiva):	5517																																								
Età media invitati:	43																																								
Range Min:	13																																								
Range Max:	86																																								
MODALITA' DI INVITO AL TEST DI SCREENING <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: right;">- In occasione di un accesso al SerD</td> <td style="text-align: center;">Si</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;"> POCT - Point of care testing</td> <td style="text-align: center;">Si</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;"> Non POCT - Point of care testing</td> <td style="text-align: center;">Si</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">- Strutture Sanitarie</td> <td style="text-align: center;">Si</td> </tr> </table>			- In occasione di un accesso al SerD	Si	POCT - Point of care testing	Si	Non POCT - Point of care testing	Si	- Strutture Sanitarie	Si																															
- In occasione di un accesso al SerD	Si																																								
POCT - Point of care testing	Si																																								
Non POCT - Point of care testing	Si																																								
- Strutture Sanitarie	Si																																								

Torna al Menu 	 DIREZIONE GENERALE DELLA PREVENZIONE SANITARIA 	SCREENING DELL'INFEZIONE DA HCV Scheda di monitoraggio e valutazione ALLEGATO 1																																																			
ADESIONE ALLO SCREENING ED ESITO DEL TEST <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 50%;">Test di screening o di primo livello</th> <th style="width: 25%;">N. di soggetti che hanno effettuato il test</th> <th style="width: 25%;">N. di soggetti risultati positivi al test</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>- Ab anti HCV su prelievo venoso</td> <td style="text-align: center;">13570</td> <td style="text-align: center;">1562</td> </tr> <tr> <td>- Ab anti HCV su sangue capillare</td> <td style="text-align: center;">4422</td> <td style="text-align: center;">421</td> </tr> <tr> <td>- Ab anti HCV su saliva</td> <td style="text-align: center;">752</td> <td style="text-align: center;">63</td> </tr> <tr> <td>- HCV RNA su sangue capillare</td> <td style="text-align: center;">195</td> <td style="text-align: center;">34</td> </tr> <tr> <td>- HCV RNA su prelievo venoso</td> <td style="text-align: center;">754</td> <td style="text-align: center;">322</td> </tr> <tr> <td>- Altro Test:</td> <td style="text-align: center;">No</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">TOTALE</td> <td style="text-align: center;">19693</td> <td style="text-align: center;">2402</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Età media:</td> <td style="text-align: center;">* Dato richiesto numero decimale</td> <td style="text-align: center;">48</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Range Min:</td> <td style="text-align: center;">* Dato richiesto numero intero</td> <td style="text-align: center;">18</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Range Max:</td> <td style="text-align: center;">* Dato richiesto numero intero</td> <td style="text-align: center;">77</td> </tr> <tr> <th style="text-align: left;">Test di conferma</th> <th style="text-align: center;">N. di soggetti che hanno effettuato il test</th> <th style="text-align: center;">N. di soggetti risultati positivi al test</th> </tr> <tr> <td>- HCV RNA su prelievo venoso</td> <td style="text-align: center;">1285</td> <td style="text-align: center;">559</td> </tr> <tr> <td>- HCV RNA Reflex Test</td> <td style="text-align: center;">308</td> <td style="text-align: center;">55</td> </tr> <tr> <td>- HCV Ag Reflex Test</td> <td style="text-align: center;">0</td> <td style="text-align: center;">0</td> </tr> <tr> <td>- HCV RNA su sangue capillare</td> <td style="text-align: center;">20</td> <td style="text-align: center;">17</td> </tr> <tr> <td>- Altro Test:</td> <td style="text-align: center;">No</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>			Test di screening o di primo livello	N. di soggetti che hanno effettuato il test	N. di soggetti risultati positivi al test	- Ab anti HCV su prelievo venoso	13570	1562	- Ab anti HCV su sangue capillare	4422	421	- Ab anti HCV su saliva	752	63	- HCV RNA su sangue capillare	195	34	- HCV RNA su prelievo venoso	754	322	- Altro Test:	No		TOTALE	19693	2402	Età media:	* Dato richiesto numero decimale	48	Range Min:	* Dato richiesto numero intero	18	Range Max:	* Dato richiesto numero intero	77	Test di conferma	N. di soggetti che hanno effettuato il test	N. di soggetti risultati positivi al test	- HCV RNA su prelievo venoso	1285	559	- HCV RNA Reflex Test	308	55	- HCV Ag Reflex Test	0	0	- HCV RNA su sangue capillare	20	17	- Altro Test:	No	
Test di screening o di primo livello	N. di soggetti che hanno effettuato il test	N. di soggetti risultati positivi al test																																																			
- Ab anti HCV su prelievo venoso	13570	1562																																																			
- Ab anti HCV su sangue capillare	4422	421																																																			
- Ab anti HCV su saliva	752	63																																																			
- HCV RNA su sangue capillare	195	34																																																			
- HCV RNA su prelievo venoso	754	322																																																			
- Altro Test:	No																																																				
TOTALE	19693	2402																																																			
Età media:	* Dato richiesto numero decimale	48																																																			
Range Min:	* Dato richiesto numero intero	18																																																			
Range Max:	* Dato richiesto numero intero	77																																																			
Test di conferma	N. di soggetti che hanno effettuato il test	N. di soggetti risultati positivi al test																																																			
- HCV RNA su prelievo venoso	1285	559																																																			
- HCV RNA Reflex Test	308	55																																																			
- HCV Ag Reflex Test	0	0																																																			
- HCV RNA su sangue capillare	20	17																																																			
- Altro Test:	No																																																				

Test di conferma	N. di soggetti che hanno effettuato il test	N. di soggetti risultati positivi al test
- HCV RNA su prelievo venoso	1285	559
- HCV RNA Reflex Test	308	55
- HCV Ag Reflex Test	0	0
- HCV RNA su sangue capillare	20	17
- Altro Test:	No	
TOTALE	1613	631
Età media:	47	46
Range Min:	17	18
Range Max:	77	77
N. di soggetti con reinfezione:		62

N. di soggetti con reinfezione:	62
N. di soggetti con infezione attiva da HCV inviati a centri di cura specialistici:	665
N. di soggetti con infezione attiva da HCV che hanno effettuato visita specialistica:	599
N. di soggetti con indicazione al trattamento che hanno iniziato un trattamento terapeutico:	
- presso il SerD:	151
- presso centro specialistico esterno al SerD:	357
N. di soggetti con indicazione al trattamento che hanno completato un trattamento terapeutico:	437
Sono state effettuate campagne informative sullo screening rivolte alla popolazione target?	Si
Sono state effettuate attività formative sullo screening rivolte al personale sanitario coinvolto?	Si

Tabella 5	Valore assoluto	Percentuale
pazienti invitati	26.156	
Pazienti screenati	19.693	75,29%
HCV RNA positivi	987	5,01%
soggetti inviati a visita specialistica	665	67,38%
soggetti che hanno effettuato visita specialistica	599	90,08%
soggetti che hanno iniziato un trattamento	508	84,81%
nei SerD	151	29,72%
extra SerD	357	70,28%
soggetti che hanno completato il trattamento	437	86,02%

6.11

L'USO DELLA RTMS NEI SERD

**Mustile G., La Ciura G., Pagano G., Gentile M.,
Benedetto A., Magrì O., Napolitano I.**

U.O.C. Dipendenze Patologiche ASP 7 - Ragusa - Italy

Riflessioni dopo 3 anni di attività clinica e oltre 200 pazienti trattati.

La rTMS è una tecnica di stimolazione cerebrale non invasiva che modula l'attività cellulare della corteccia. Evidenze scientifiche la propongono come efficace trattamento nei DUS. Presso il nostro ambulatorio abbiamo trattato in tre anni più di 200 pazienti affetti da DUS.

Premessa

La stimolazione magnetica transcranica ripetitiva (rTMS) è una tecnica di stimolazione cerebrale non invasiva che modula l'attività cellulare della corteccia. Ciò può indurre dei cambiamenti neuroplastici nelle regioni subcorticali (Parkin et al., 2015). Studi di neuroimmagine suggeriscono la presenza di alterazioni nelle funzioni della DLPFC nei soggetti con diagnosi di dipendenza (Goldstein et al. 2011). In considerazione a queste due premesse il rationale del trattamento consiste nel potenziare l'attività della corteccia dorso laterale prefrontale che, a sua volta, per effetto delle proiezioni dei neuroni corticali verso i centri profondi del cervello, dovrebbe riuscire a ristabilire il funzionamento del sistema della ricompensa cerebrale e la neurotrasmissione mediata dalla dopamina compromessi dall'uso delle sostanze. In sostanza gli obiettivi terapeutici possibili sono da un lato il potenziamento dei meccanismi di autocontrollo e inibizione dell'impulsività attraverso la stimolazione delle aree della corteccia prefrontale; il ripristino dei normali livelli di funzionamento del sistema della ricompensa e della dopamina; l'inibizione dell'attività dei sistemi cerebrali che mediano il desiderio della sostanza (Gersner et al, 2011). In considerazione a quanto detto e che al momento non ci sono trattamenti approvati dalla Food and Drug Administration (FDA) per il disturbo da utilizzo di cocaina e gioco d'azzardo e che i costi in termini economici e di vite umane sono particolarmente preoccupanti, sarebbe di particolare rilevanza avere un nuovo strumento di cura efficace. Negli ultimi anni la rTMS ha quindi iniziato a imporsi

come una nuova terapia per il trattamento delle dipendenze; in Italia sono sorti diversi centri privati ma il SSN mostra la sua fisiologica lentezza nel proporre tale trattamento non farmacologico ai pazienti. Presso il nostro ambulatorio, grazie al progetto Brain Stimulation Sicilia, da marzo 2020 abbiamo trattato più di 200 pazienti affetti da Disturbo da uso di Sostanze (DUS), Dipendenze Comportamentali e Disturbi Psichiatrici (Depressione Maggiore Resistente e Disturbo Ossessivo Compulsivo Resistente) (Figura 1), provenienti per lo più da diverse parti della Sicilia, ma anche di Italia (Tabella 1). I protocolli utilizzati sono conformi alle Evidence-based guidelines on the therapeutic use of repetitive transcranial magnetic stimulation (rTMS): An update (2014-2018) (Leufacheur, 2020).

Metodo

Il protocollo applicato prevede i seguenti criteri fisici:

- Frequenza 15 Hz
- Soglia motoria 100%
- Impulsi per treno 60
- Numero dei treni 40
- Intervallo inter treno 15 sec
- La prima settimana (5 giorni) tutti i giorni doppia seduta (pausa di almeno 30 min)
- La seconda, la terza e la quarta settimana - 1 solo giorno doppia seduta

L'area cerebrale è la Corteccia Prefrontale Dorsolaterale di sinistra.

I pazienti trattati presentavano come unici criteri di esclusione le controindicazioni assolute e relative al trattamento con rTMS, quindi:

- Presenza di impianto cocleare
- Storia attuale o pregressa di epilessia
- Parti metalliche non Risonanza Magnetica compatibili nel capo/collo
- Pacemaker cardiaco e/o linee intracardiache
- Microinfusore di farmaci
- Stato di gravidanza
- Tinnito e/o acufeni in atto
- Ipoacusia
- Stato maniaco
- Sintomi positivi delle psicosi in atto.

Non abbiamo escluso dal trattamento le condizioni di comorbidità con altri disturbi da uso di sostanze e/o Disturbi di Dipendenza Comportamentale come anche condizioni internistiche, ad eccezione della epilessia, dei disturbi dell'udito, delle fasi maniacali o i sintomi positivi psicotici. Abbiamo confermato i trattamenti farmacologici in atto e in alcuni casi introdotto e/o modificato terapie farmacologiche, se ritenute necessarie o

utili, in base all'osservazione clinica. La psicoterapia non è stata effettuata a tutti i pazienti, vista la carenza di personale.

Durante l'attività clinica abbiamo collezionato i dati sul monitoraggio dei metaboliti urinari e i risultati delle schede per la valutazione del craving (CS), come anche una scala per la valutazione della Qualità di vita (QoL), per i pazienti affetti da DUS e Gioco D'azzardo (DGA), per valutare con maggiore oggettività l'efficacia del trattamento.

Abbiamo analizzato i dati dei 200 pazienti affetti da Disturbo da Uso di Cocaina (DUC) e DGA trattati da marzo 2020 ad ottobre 2023. Il trattamento è stato effettuato per un mese a tutti i pazienti e a seconda della disponibilità del paziente continuato con sedute di mantenimento. I controlli urinari e le scale del craving e della QoL sono stati eseguiti il primo giorno del trattamento (T0), alla fine della seconda settimana (T1) e alla fine del mese (T2), per chi ha continuato con le sedute di mantenimento, la valutazione è stata effettuata una volta al mese (M1, M2...). I dati collezionati su un foglio di calcolo Excel, sono stati in seguito analizzati secondo t-Student per dati appaiati per i pazienti affetti da DUC e secondo Test di Wilcoxon per i pazienti affetti da DGA.

Risultati

I risultati riguardo l'andamento hanno messo in evidenza che:

- Il 37% (74 pazienti) sono afferiti al SerT per la prima volta, accedendo quindi al primo percorso di cura nella loro vita
- Il 76% dei pazienti ha portato a termine il 1° ciclo
- Il 21% ha abbandonato il trattamento prima della conclusione del primo ciclo
- Il 3% si trovava in corso di 1° ciclo durante l'analisi dei dati.

I risultati riguardanti la popolazione affetta da DUC (168 pazienti) hanno messo in evidenza:

- Un miglioramento significativo dei risultati alla Craving Scale al T2 Vs T0 ($p < 0,0001$), come anche al M1, M2, M3 Vs T0 ($p < 0,001$) (Figura 2 Craving Scale CUD)
- Un miglioramento significativo del valore dei metaboliti urinari della cocaina (ng/ml) al T2 e M1 Vs T0 ($p < 0,0001$), come anche al M2, M3 Vs T0 ($p < 0,001$) (Figura 3 Urinary Cocaine Amount)
- Un miglioramento significativo dei risultati alla QoL al T2 Vs T0 ($p < 0,0001$)

I risultati riguardanti la popolazione affetta da DGA (14 pazienti) hanno messo in evidenza:

- Un miglioramento significativo dei risultati alla

Craving Scale al T2 e M3 Vs T0 ($p < 0,0001$) (Figura 4 Craving Scale GAP)

- Un miglioramento significativo dei risultati alla QoL al T2 Vs T0 ($p < 0,0001$).

Gli effetti collaterali riportati sono stati:

- Lieve algia nella zona di erogazione dello stimolo (DLPFC) (20%)
- Emicrania nelle ore successive (3%)
- Acufene auto risolto in seguito alla sospensione del trattamento (1%).

Conclusioni

Possiamo concludere che la rTMS all'interno dei SerD risulta essere uno strumento valido di trattamento, in considerazione del fatto che non vi è in atto alcun trattamento farmacologico che abbia l'indicazione per il DUC o DGA. La nostra esperienza ci ha portato ad interpretarlo come integrazione alla offerta terapeutica farmacologica e psicoterapica e non come trattamento esclusivo. Non presenta difficoltà di somministrazione, dopo una accurata formazione del personale medico ed infermieristico, e non ha un elevato tasso di effetti collaterali che se dovessero presentarsi sono risultati di lieve gravità.

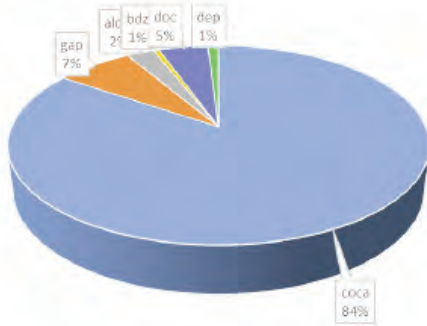
Il nostro studio presenta sicuramente delle limitazioni:

- Mancanza di un gruppo di controllo
- Mancanza di criteri di esclusione maggiormente restrittivi
- Esiguità del campione affetto da DGA

Bibliografia

1. Lefaucheur et al, 2020. Evidence-based guidelines on the therapeutic use of repetitive transcranial magnetic stimulation (rTMS): An update (2014-2018). *Clinical Neurophysiology*. <https://doi.org/10.1016/j.clinph.2019.11.002>
2. Parkin et al. 2015. Non-invasive Human Brain Stimulation in Cognitive Neuroscience: A Primer. *Neuron*. 87(5), 932-945. <https://doi.org/10.1016/j.neuron.2015.07.032>
3. Gersner R et al. (2011). Long-term effects of repetitive transcranial magnetic stimulation on markers for neuroplasticity: Differential outcomes in anesthetized and awake animals. *Journal of Neuroscience*, 31: 7521-7526.

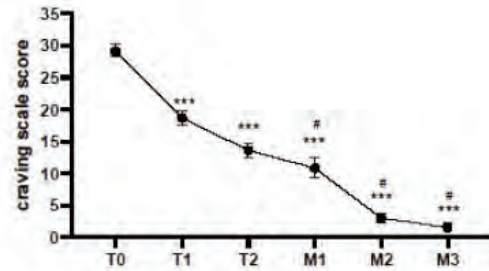
Figura 1 Diagnosi



ASP PROVENIENZA	N
RAGUSA	94
PALERMO	24
SIRACUSA	19
CALTANISETTA	9
CATANIA	26
ENNA	4
AGRIGENTO	9
TRAPANI	3
MESSINA	3
ALTRO	9

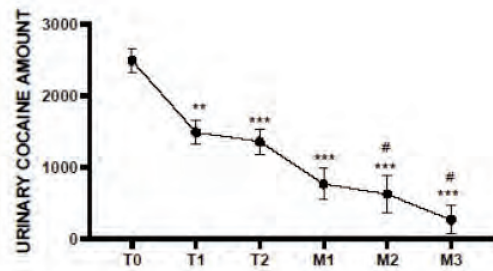
Tabella 1 Provenienza pazienti

Efficacia della rTMS sul craving in pazienti CUD



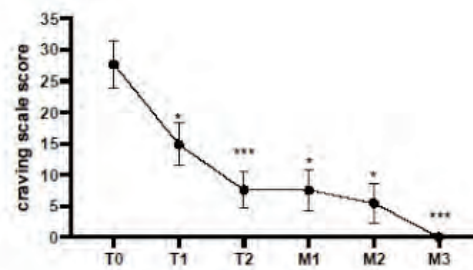
***p<0.0001 VS T0
#p<0.001 VS T2

Figura 2 Craving Scale CUD



***p<0.0001 VS T0
#p<0.001 VS T2

Figura 3 Urinary Cocaine Amount



* p< 0.05 VS T0
***p<0.0001 VS T0

Figura 4 Craving Scale GAP

Area tematica 7

IL LABORATORIO DI TOSSICOLOGIA: diagnosi e monitoraggio clinico tossicologico

7.1

QUANDO LA TOSSICOLOGIA SI INCONTRA CON LA CLINICA

Riglietta M.^[1], Vezzoli S.^[2]

^[1]ASST papa Giovanni XXIII - Bergamo - Italy,

^[2]ASST Spedali Civili - Brescia - Italy

Levometazone potrebbe avere un miglior impatto sul metabolismo epatico in confronto a metadone racemico nello studio abbiamo indagato l'andamento dei metaboliti urinari di levometadone e metadone cloridrato in due gruppi di pazienti in trattamento stabilizzato. Il metabolita EDDP per i pazienti in levometadone ha un valore tendenzialmente più basso e potrebbe risultare negativo pur in presenza di un'adeguata compliance alla terapia; d'altra parte levometadone risente meno del metabolismo epatico e quindi potrebbe essere maggiormente adeguato nei pazienti con epatopatia.

Introduzione

Il levometadone è l'enantiomero R(-) del metadone. L'enantiomero S(+) ha solo 1/50 dell'effetto analgesico dell'enantiomero R(-). Pertanto levometadone ha una maggiore affinità per i recettori degli oppioidi rispetto al metadone, con conseguente efficacia maggiore a dosaggi inferiori.

Gli effetti clinici del levometadone nel trattamento della dipendenza da oppiacei/oppioidi si basano su due meccanismi. In primo luogo, il levometadone come oppioide agonista di sintesi produce effetti simili alla morfina che sopprimono i sintomi di astinenza negli individui dipendenti da oppiacei/oppioidi. D'altra parte, a seconda della dose e della durata della terapia, la somministrazione orale cronica di levometadone porta al blocco dell'effetto euforizzante degli oppiacei somministrati per via parenterale.

Il levometadone viene rapidamente assorbito dopo som-

ministrazione orale. La biodisponibilità assoluta dopo la somministrazione orale di una soluzione è in media di circa l'82%.

L'effetto inizia da 1 a 2 ore dopo la somministrazione orale e dura da 6 a 8 ore con una singola dose. Con la somministrazione ripetuta, la durata d'azione aumenta raggiungendo l'equilibrio farmacocinetico per 22-48 ore, in modo che sia sufficiente una somministrazione giornaliera.

L'equilibrio farmacocinetico (stato stazionario) tra assorbimento, distribuzione ed eliminazione viene raggiunto entro circa una settimana con una terapia continua. La sostanza mostra un volume di distribuzione relativamente grande, da 3 a 4 l/kg. Ciò significa che la sostanza altamente lipofila si accumula in quantità considerevoli nei tessuti periferici, nel grasso, nei muscoli e nella pelle. Il tasso di legame alle proteine sieriche è di circa l'85%. Si lega principalmente alla glicoproteina alfa-acida e all'albumina.

Il levometadone è soggetto a N-demetilazione da parte degli isoenzimi CYP.

Il metadone e i suoi metaboliti si accumulano principalmente nei polmoni, nel fegato, nei reni, nella milza e nei muscoli.

L'eliminazione del levometadone e dei suoi metaboliti avviene per via renale e biliare. L'eliminazione renale altamente pH-dipendente è la via principale a dosi più elevate, con circa il 60% che si presenta come metadone immodificato dopo somministrazione di più di 160 mg. Dal 10 al 45% della quantità totale recuperata è stata escreta per via biliare.

Da dati di letteratura la quota di EDDP nelle urine delle 24 h in soggetti in terapia di mantenimento è pari a 3-25%, mentre quella del metadone racemo è pari a 5-50% con elevata variabilità individuale determinata da diversi fattori quali pH urinario, volume, dosaggio assunto e metabolismo infatti dopo acidificazione delle urine la quantità di metadone immodificato risulta pari al 22% della dose, mentre l'EDDP risulta pari al 2%. In soggetti in terapia di mantenimento con Levometadone presentano eliminazione urinaria di levometadone immodificato per il 19% e di EDDP per il 16% nelle urine delle 24 ore.

Dati dello studio

Nel presente lavoro sono stati messi a confronto i dati quantitativi di metadone urinario e metabolita EDDP in 20 pazienti in terapia con Levometadone e 22 in terapia con Metadone racemo in rapporto al valore di creatinuria. Le analisi sono state ottenute sia con metodica immunoenzimatica di screening che di conferma la cromatografia di massa.

In entrambi i gruppi di lavoro i risultati quantitativi di metadone e del principale metabolita sono indicativi

della fase di eliminazione delle sostanze in soggetti in terapia cronica. Nella Tabella 1 sono riportati i dati per singolo paziente sia in per le indagini di screening che nei test di conferma.

La Tabella 2 evidenzia invece la differenza fra il metabolita EDDP e la molecola immodificata per ogni singolo paziente.

Conclusioni

Dai dati preliminari del presente lavoro, si evince che in pazienti in terapia cronica, metadone risente maggiormente del metabolismo epatico rispetto alla forma levogira. Infatti la quota di metabolita primario EDDP determinata nelle urine in soggetti in terapia con metadone è maggiore rispetto a quella determinata nelle urine di soggetti in terapia con Levometadone. Ossia 14 su 22 pazienti trattati con metadone presentano concentrazioni di EDDP urinarie maggiori delle concentrazioni di metadone immodificato, mentre 6/20 pazienti trattati con Levometadone presentano concentrazioni di EDDP urinarie maggiori delle concentrazioni del principio attivo immodificato.

Pertanto Levometadone può essere preferibile per alcuni pazienti a causa della sua maggiore efficacia a dosaggi inferiori e della sua potenziale maggiore sicurezza in pazienti con epatopatia per il minor impatto sul metabolismo epatico.

Bibliografia

1. AIFA Riassunto delle caratteristiche del prodotto Levometadone 28/07/2022
2. R. C. Baselt, Disposition of Toxic Drugs and Chemicals in Man, Fifth Edition, Chemical Toxicology Institute, 2017
3. Augusto Consoli^{1*}, Paola Fasciani², Emilio Vanoli^{3,4} and Marco Riglietta Journal of Drug and Alcohol Research Vol. 10 (2021), Article ID 236131, Levomethadone Safety Profile and Effectiveness in Subjects under Opioid Maintenance Treatment: An Observational, Prospective Study
4. C. E. Inturrisi, Pharmacology of methadone and its isomers. Minerva Anestesiol, 71(2005),435-7.
5. M. Meini, M. Moncini, L. Daini, D. Scramelli, M. Miliantie, et al. Opioid dependence treatment: Is levomethadone a new frontier? A pilot study in Italy, J Tox- ic Pharm,1(2017),012.
6. M. Riglietta, P. Donadoni, G. Carbone, C. Pisoni, G. Plebani, et al., L'esperienza clinica con Levometadone nel trattamento del disturbo da uso di oppiacei, Mis- sion, 52(2019), set.
7. P. P. Pani, E. Trogu, I. Maremmanni, M. Pacini, QTc interval screening for cardiac risk in methadone treat- ment of opioid dependence, Cochrane Database Syst Rev,6(2013),CD008939.
8. S. B. Karch, Is it time to reformulate racemic metha- done?, J Addict Med,5(2011),229-31.

Tab. 1

paziente	terapia	Risultato screening		dosaggi conferma		
		EDDP (ng/ml)	METH (ng/ml)	EDDP (ng/ml)	METH (ng/ml)	cR (mg/dL)
1	LEVO	462	723	724.095	3.488.764	9.5
2	LEVO	804	667	1.364.234	2.648.282	14.4
3	LEVO	>900	435	8403.19	1395.43	153.98
4	LEVO	>900	>900	4.841.845	4.928.095	59.04
5	LEVO	>900	>900	7.663.268	8.617.111	107.66
6	LEVO	>900	500	3.300.329	2.086.592	67.18
7	LEVO	525	632	888.151	2.557.133	43.47
8	LEVO	>900	698	3680.47	6.318.285	213.22
9	LEVO	>900	823	4279.65	5.971.505	205.14
10	LEVO	>900	>900	21252.7	15848.3	74.73
11	LEVO	>900	597	24961.4	6.670.926	165.2
12	LEVO	>900	767	4.329.465	15.511.181	107.79
13	LEVO	922	422	2.262.143	1.126.336	129.84
14	LEVO	>900	>900	8.096.524	24.511.064	243.01
15	LEVO	>900	>900	12.277.511	25067.5	169.54
16	LEVO	878	>900	1.620.421	5.769.487	56.28
17	LEVO	>900	>900	6.486.821	15335.5	99.45
18	LEVO	>900	>900	11.275.204	18016.8	185.44
19	LEVO	>900	>900	22868.7	20284.2	175.31
20	LEVO	>900	>900	59245.5	77289.2	>245
21	MTD	755	345	591.549	350.592	79.62
22	MTD	>900	>900	20837.9	27373.5	243.15
23	MTD	>900	>900	7.088.948	2.737.247	92.9
24	MTD	>900	>900	18747	17906	>245
25	MTD	>900	>900	2.678.709	2403.55	102.79
26	MTD	>900	>900	25702.6	13842.2	84.34
27	MTD	>900	>900	3.676.497	3.973.729	150.74
28	MTD	>900	>900	11.326.713	10854.6	136.26
29	MTD	>900	>900	2.892.536	6626.38	67.86
30	MTD	>900	787	2.542.737	823.002	100.81
31	MTD	>900	>900	3.905.199	2690.86	93.02
32	MTD	>900	>900	15448.7	6959.76	168.81
33	MTD	>900	>900	5.159.607	1.535.568	100.88
34	MTD	>900	>900	11458.05	10166.4	71.52
35	MTD	>900	>900	9.584.554	1.325.321	79.85
36	MTD	>900	>900	5.372.268	2.199.627	142.07
37	MTD	>900	>900	21688	18602.5	197.32
38	MTD	982	522	3.282.482	3.402.157	96.51
39	MTD	>900	>900	24042.3	28193.9	173.64
40	MTD	>900	>900	4201.51	12225.8	138.23
41	MTD	>900	>900	30794.6	32834.5	>245
42	MTD	>900	>900	9.266.205	17703.3	175.36

Tab. 2

LEVOMETADONE		
EDDP (ng/ml)	METH (ng/ml)	Rapporto METH/EDDP
724.095	3488.764	2764.669
1364.234	2648.282	1264.048
8403.19	1395.43	-7007.76
4841.845	4928.095	86.25
7663.268	8617.111	953.843
3300.329	2086.592	-1213.737
888.151	2557.133	1668.982
3680.47	6318.285	2637.815
4279.65	5971.505	1691.855
21252.7	15848.3	-5404.4
24361.4	6670.926	-17690.474
4329.465	15511.181	11181.716
2262.143	1126.336	-1135.807
8096.524	24511.064	16414.54
12277.511	25067.5	12789.989
1620.421	5769.487	4149.066
6486.821	15335.5	8848.679
11275.204	18016.8	6741.596
22868.7	20284.2	-2584.5
59245.5	77289.2	18043.7
METADONE RACEMO		
EDDP (ng/ml)	METH (ng/ml)	Rapporto METH/EDDP
591.549	350.592	-240.957
20837.9	27373.5	6535.6
7088.948	2737.247	-4351.701
18747	17906	-841
2678.709	2403.55	-375.159
25702.6	13842.2	-11860.4
3676.497	3973.729	297.232
11326.713	10854.6	-472.113
2892.536	6626.38	3733.844
2542.737	823.002	-1719.735
3905.199	2690.86	-1215.339
15448.7	6959.76	-8489.94
5159.607	1535.568	-3624.039
11458.05	10166.4	-1291.65
9584.554	1325.321	-8259.233
5372.268	2199.627	-3172.641
21688	18602.5	-3085.3
3282.482	3402.157	119.675
24042.3	28193.9	4151.6
4201.51	12225.8	8024.29
30794.6	32834.5	2039.9
9266.205	17703.3	8437.095

7.2

CORRELAZIONE TRA ETG SU CAPELLO E MARKER EMATICI DI ABUSO ALCOLICO

Piacentini N., Scuotto S.

UFC Dipendenze Empoli - Empoli - Italy

Su 97 valutazioni per idoneità alla guida eseguite su invio CML è stata analizzata la correlazione tra gli esiti della ricerca dell'ETG sul capello e i marker di abuso alcolico ematici (MCV, AST, ALT, γ GT, CDT). Sul 24.7% di ETG sul capello positivi, la correlazione più frequente è con γ GT aumentate (62.5%), seguita dal 37.5% di CDT aumentata.

Introduzione

Il progressivo intensificarsi dei controlli da parte delle Forze dell'Ordine, in adeguamento alle normative europee, e l'aumentata capacità di identificazione di comportamenti a rischio, legati all'assunzione di alcol, ha condotto ad un sostanziale incremento di afflusso di utenti alle Commissioni Mediche Locali (CML). Di conseguenza è aumentato il numero di soggetti che arrivano ai Servizi per le Dipendenze ed ai Centri di Consulenza Alcolologica, su invio delle stesse. La richiesta di prestazione specialistica da parte della CML ha la finalità di acquisire dati clinici utili all'inquadramento del caso e a restituire una diagnosi specialistica, con lo scopo di valutare l'idoneità alla guida dei soggetti a cui è stata ritirata la patente per guida in stato di ebbrezza alcolica, con violazione dell'art. 186 del NCS (1).

È noto che l'uso di alcol induce cambiamenti nell'assetto biochimico dell'organismo ed è possibile evidenziarle attraverso opportune indagini di laboratorio. I classici parametri biochimici utilizzabili come marcatori dell'uso di alcol sono gli enzimi epatici (γ GT: gamma glutamil transpeptidasi, AST: aspartato aminotransferasi; ALT: alanina aminotransferasi); il volume corpuscolare medio eritrocitario (MCV) e la transferrina carboidrato carente (CDT) (1).

I referti di laboratorio relativi a quanto richiesto dalla CML forniscono dati oggettivi che, supportati dal quadro clinico, aiutano a definire le condotte di uso/abuso di alcol, andando a individuare situazioni incompatibili o parzialmente compatibili con una capacità di guida

sicura.

La γ GT è un enzima prevalentemente di origine epatica. È valutabile in tempi rapidi, richiede bassi costi ed è di facile esecuzione.

Il volume corpuscolare medio degli eritrociti, negli etilisti, aumenta sia per l'azione tossica diretta dell'alcol sulla membrana eritrocitaria, sia per l'azione dell'acetaldeide sulla replicazione dei precursori degli eritrociti a livello midollare, sia, infine, per l'interferenza sull'assorbimento intestinale e sul metabolismo dell'acido folico e della vitamina B12 (1).

AST e ALT sono generalmente compatibili con un danno epatico indotto dal consumo eccessivo di bevande alcoliche in particolar modo quando l'incremento delle AST è maggiore rispetto a quello delle ALT.

Per quanto riguarda la CDT, si ritiene che questa aumenti in caso di consumo di bevande alcoliche in quantità superiori ai 60 g/die per un periodo di almeno 7-10 giorni (2).

Accanto a questi marcatori "classici" di abuso alcolico, esiste la possibilità di coadiuvare l'iter diagnostico con la determinazione dell'Etilglucuronide (EtG) su matrice cheratinica.

L'EtG è un metabolita non ossidativo dell'etanolo, da considerarsi un biomarcatore diretto e specifico di consumo di alcol. Dopo l'assunzione di alcol, una piccola percentuale di etanolo (<0.1%) viene metabolizzata, per via epatica, dalla coniugazione enzimatica dell'etanolo con l'acido glucuronico ad EtG, molecola stabile, polare ed idrofila. Tale molecola viene eliminata attraverso urine e sudore, ma si può rilevare anche nelle formazioni pilifere; la sua concentrazione nel capello presenta una buona correlazione con il consumo di alcol (7-9).

Diversi studi hanno valutato sensibilità e specificità diagnostica dell'EtG nel capello per identificare un consumo di alcol a rischio, ovvero ≥ 60 g/die (3-6). Secondo il documento di consenso della Society of Hair Testing (SoHT) datato 2019, per campioni di capello, di lunghezza compresa tra 3 e 6 cm, la soglia discriminante un consumo giornaliero di bevande alcoliche rispetto all'astinenza (o al consumo occasionale) è identificata a 5 pg/mg, mentre il cut-off discriminante il consumo continuativo a rischio (≥ 60 g/die) è identificato a 30 pg/mg.

Materiali e Metodi

Nell'ambito della valutazione diagnostica specialistica, il Centro di Consulenza Alcolologica della UFC Dipendenze Empoli ha visitato, nel periodo gennaio-agosto 2024, 125 soggetti inviati dalla commissione medica locale patenti territoriale. La richiesta da parte della CML era di "valutazione alcolologica".

Dei 125 soggetti visitati, per 97, oltre al prelievo ematico per la determinazione dei marcatori ematici di abuso alcolico sopradescritti (MCV, AST, ALT, γ GT, CDT), è stato eseguito il test su matrice cheratinica per la ricerca dell'etilglucuronide, al fine di migliorare l'accuratezza diagnostica, identificando con maggior precisione un eventuale consumo di alcol a rischio elevato ed è stata successivamente analizzata la correlazione di quest'ultimo con i marcatori di abuso alcolico tradizionalmente utilizzati. La matrice cheratinica scelta per l'esecuzione del test è il capello, con lunghezza minima di 3 cm, pertanto sono stati esclusi dall'indagine i soggetti privi di capelli o con lunghezza non sufficiente.

Risultati

Sui 97 test del capello con ricerca dell'EtG eseguiti, il 24,7% è risultato positivo, ovvero con un valore superiore al cut-off di 30 pg/mg.

All'anamnesi i soggetti riportavano un uso moderato di alcol, tuttavia la finalità medico-legale dell'accertamento rendono gli elementi anamnestici e le dichiarazioni soggettive non sempre affidabili.

I risultati positivi dell'EtG sono stati comparati con i tradizionali marcatori di abuso alcolico (MCV, AST, ALT, γ GT, CDT) con i seguenti risultati: nel 37,5% dei casi risultava aumentato anche il valore della CDT (mentre in ben il 62,5% dei casi il valore era nei limiti), nel 29,1% dei casi risultava aumentato il valore delle ALT, solo nello 0,8% dei casi risultava aumentato il valore delle AST, nell'1,2% dei casi era presente macrocitosi, mentre il dato maggiormente correlato è risultato quello con le γ GT, che sono risultate aumentate nel 62,5% dei casi di positività all'EtG su capello. Si sottolinea che nel 41,6% dei soggetti testati, l'unico dato analitico alterato è risultato l'EtG sul capello, con parametri biochimici ematici nella norma.

Conclusioni

Il risultato dell'indagine svolta presso il Centro di Consulenza Alcolologica della UFC Dipendenze Empoli suggerisce che, in particolar modo a fini medico-legali, ove l'affidabilità dell'anamnesi non è garantita, la ricerca dell'EtG su matrice pilifera fornisce indicazione più precisa su un eventuale consumo continuativo ad alto rischio di alcol (≥ 60 g/die), rispetto ai tradizionali marcatori ematici, che possono risultare entri i limiti della norma.

L'utilizzo della matrice pilifera è particolarmente importante in quanto la misurazione dell'etanolo su sangue, urine ed aria espirata risulta possibile solo per alcune ore; il prelievo ematico consente la valutazione dei marcatori aspecifici e della CDT per alcuni giorni. Le matrici pilifere, invece, rappresentano il substrato ideale per

marcatori specifici diretti come ETG, essendo rilevabile per alcuni mesi.

La relativa bassa percentuale di concomitante positività alla CDT può essere spiegata dalla possibile presenza di varianti genetiche che ne possono inficiare il risultato, ma soprattutto dal fatto che essa, rispetto all'ETG, fornisce un'indicazione temporale più ristretta relativamente all'assunzione di alcol, poiché la sua normalizzazione, dopo interruzione del potus, avviene mediamente dopo 2 settimane.

MCV, AST, ALT e γ GT sono da considerare marcatori aspecifici di abuso alcolico. L'MCV ha una bassa sensibilità, mentre le transaminasi si normalizzano dopo circa una settimana di astensione dal potus. Per quanto riguarda le γ GT, esse sono risultate dall'indagine maggiormente correlate con la positività al test sul capello per la ricerca dell'EtG, e ciò è probabilmente dovuto al fatto che, in caso di aumento alcol-correlato, la normalizzazione dei livelli sierici avviene più tardivamente rispetto agli altri parametri ematici, ovvero dopo circa 4 settimane di astensione dal potus.

In conclusione, l'ETG su matrice cheratinica può rappresentare il marcatore ideale per una più affidabile valutazione alcolologica, richiesta dalle CML; ciò sia per l'elevata sensibilità e specificità dell'esame, sia perché consente di rilevare un uso continuativo a rischio di alcol retroattivo.

Bibliografia

1. Bucchioni P., Fasoli M., Fenudi L.R., Lecce M.G., Magnavita N., Pelizza P., Reale G. Linee di Indirizzo sulla Valutazione dell'Idoneità alla Guida in Soggetti con uso/abuso di bevande alcoliche. 2021.
2. Gruppo Tossicologi Forensi Italiani-SIMLA Carbohydrate-Deficient Transferrin (CDT). Linee guida analitiche ed interpretative F. Tagliaro, M. Bernini, F. Bortolotti, M. Caligara, P. Cassandro, N. De Giovanni, R. Snenghi
3. Kerekes I., Yegles M., Grimm U., Wennig R., Ethyl glucuronide determination: head hair versus non-head hair, *Alcohol Alcohol* 44(1) (2009) 62-6.
4. Pragst F., Suesse S., Salomone A., Vincenti M., Cirimele V., Hazon J., Tsanaclis L., Kingston R., Sporkert F., Baumgartner M.R., Commentary on current changes of the SoHT 2016 consensus on alcohol markers in hair and further background information, *Forensic Sci Int* 278 (2017) 326-333
5. Jeppsson JO, Arndt T, Schellenberg F et al. Toward standardization of carbohydrate-deficient transferrin (CDT) measurements: I. Analyte definition and proposal of a candidate reference method. *Clin Chem Lab Med*

2007; 45: 558- 62.

6. Boscolo-Berto R, Favretto D, Cecchetto G, Vincenti M, Kronstrand R, Ferrara SD, Viel G. Sensitivity and specificity of EtG in hair as a marker of chronic excessive drinking: pooled analysis of raw data and meta-analysis of diagnostic accuracy studies. *Ther Drug Monit.* 2014 Oct;36(5):560-75. doi: 10.1097/ FTD.000000000000063. PMID: 24577122.

7. Skopp G, Schmitt G, Pötsch L, Drönner P, Aderjan R, Mattern R. Ethyl glucuronide in human hair *Alcohol Alcohol.* 2000; 35(3): 283-5.

8. Biondi A., Freni F., Carelli C., Moretti M., Morini L., Ethyl glucuronide hair testing: A review, *Forensic Sci Int* 300 (2019) 106-119.

9. Politi L, Morini L, Leone F, Poletini A. Ethyl glucuronide in hair: Is it a reliable marker of chronic high levels of alcohol consumption? *Addiction.* 2006 Oct;101(10):1408-12

Area tematica 8

GIOCO D'AZZARDO, IAD E ALTRE DIPENDENZE COMPORTAMENTALI

8.1

"L'OFFICINA DEL LEGNO" INTERVENTO DI PREVENZIONE PRIMARIA AL GIOCO D'AZZARDO PATOLOGICO ONLINE ATTRAVERSO UN LABORATORIO DIDATTICO E DI PROMOZIONE AL GIOCO CREATIVO E MANUALE

Farfaneti G.^[1], Viglione M.^[2], Bucci P.^[3]

^[1]Azienda USL Romagna - U.o: Dipendenze Patologiche Cesena - Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze Patologiche Forlì-Cesena - Cesena - Italy,

^[2]Università degli studi di Bologna/ Campus di Cesena - Cesena - Italy,

^[3]Cooperativa sociale Il Mandorlo - Cesena - Italy

L'Officina del legno (costruire giochi giocare costruendo) è un laboratorio indirizzato alla fascia giovanile della popolazione per la promozione della manualità e della creatività col fine di rafforzare fattori protettivi e ridurre l'eccessivo uso di giochi online come porta di accesso alle dipendenze da video game e gioco con denaro.

Il presente abstract intende descrivere il laboratorio didattico "L'Officina del legno", che ha avuto luogo presso il centro diurno "La Meridiana" dell'U.O. Dipendenze Patologiche AUSL Romagna di Cesena nel quartiere Sant'Egidio di Cesena per un periodo di tre mesi, da gennaio a marzo 2024. Il progetto si è svolto in collaborazione con la Scuola Secondaria di I grado "Via Anna Frank" di Cesena e la Cooperativa Sociale Il Mandorlo ed è stato finanziato con il fondo regionale per la lotta al gioco d'azzardo patologico della Regione Emilia-Romagna. Il progetto ha coinvolto ragazzi di

prima e seconda media appartenenti a quattro classi, ognuna delle quali (di circa 20 alunni) ha partecipato a tre incontri pomeridiani della durata di due ore ciascuno, gli incontri sono stati condotti da Paolo Bucci, responsabile de "L'Officina del Legno", in collaborazione ad alcuni ospiti del centro diurno "La Meridiana".

Il problema del gioco nei più giovani

Il fenomeno del gioco compulsivo e del gioco d'azzardo patologico è ormai un problema consolidato nella popolazione adulta e negli ultimi anni sembra coinvolgere maggiormente anche la fascia più giovane (Yalçın, R. Ü., 2022), facilitata dalla vasta disponibilità di dispositivi tecnologici e dalla possibilità di giocare denaro in modo rapido e semplice (Riley et al., 2021). Il gioco è erogato spesso in un contesto ambientale che aumenta la spinta a continuare a puntare d'azzardo; inoltre il gioco è comunicato con strategie di marketing che lo rendono socialmente accettabile (King, Del Fabbro et al., 2010). Come sono pericolosi i danni causati dalle sostanze per i giovanissimi lo possono essere anche quelli causati dai disturbi comportamentali (gioco, internet). Le conseguenze più gravi si rilevano in particolare nei cervelli dei più giovani, vulnerabili perché in fase di sviluppo fino ai venticinque anni di età, in cui si definisce la crescita dell'area corticale, responsabile della parte riflessiva e ponderata delle nostre azioni (Sun et al., 2023). Proprio per questo motivo, l'U.O. Dipendenze Patologiche Ambito di Cesena dell'AUSL Romagna da molti anni progetta interventi di prevenzione primaria per informare ed educare ai rischi delle dipendenze: sia da sostanze, sia comportamentali come il gioco con l'obiettivo di aumentare i fattori protettivi e ridurre i comportamenti a rischio.

Obiettivi del progetto

- Offrire informazioni sui rischi del gioco compulsivo e dell'uso problematico di internet.
- Acquisire un minimo di manualità e familiarità con le fasi di lavorazione del legno, costruendo un oggetto in legno.
- Aumentare la consapevolezza riguardo l'importanza del gioco creativo e manuale e incrementare la fiducia nelle proprie abilità di realizzazione.
- Promuovere le capacità inventive e creative dei ragazzi.
- Sensibilizzare al gioco creativo e manuale fornendo un'alternativa a quello esclusivamente digitale.
- Restituire ai ragazzi l'importanza di valori come la cooperazione e la coesione.
- Fornire informazioni ai giovani riguardo all'ambito del gioco d'azzardo patologico, della dipendenza da gioco online e da videogiochi fornendo una spiegazione sul funzionamento delle dipendenze in generale.

- Limitare il rischio nei soggetti più giovani ascoltando le loro esperienze, le loro modalità d'uso e la loro percezione del rischio.

Struttura degli incontri

Durante il primo incontro è stata prevista una fase iniziale di presentazione del progetto e del centro diurno "La Meridiana" introducendo gli alunni all'ambito del gioco patologico, inoltre sono state fornite indicazioni utili riguardo la sicurezza e la protezione nel lavoro manuale e nella gestione delle attrezzature.

Successivamente si è iniziata l'attività di creazione degli oggetti: una scacchiera in legno per gli scacchi e la dama e/o una casetta in legno per gli uccelli.

Durante il secondo incontro si è ripresa l'attività di costruzione degli oggetti che sono stati poi pitturati e decorati nel laboratorio di ceramica.

Il terzo incontro è terminato con la conclusione della costruzione del manufatto in legno e della sua decorazione, infine sono state raccolte le impressioni degli alunni che avevano partecipato al progetto.

Le impressioni e i commenti degli studenti

Successivamente ai tre incontri, agli studenti che avevano partecipato al progetto è stato chiesto di compilare un questionario per esprimere il grado di soddisfazione ed eventuali impressioni e consigli per il futuro. Dal questionario è emerso che la maggior parte degli studenti abbia partecipato attivamente al laboratorio, gli alunni hanno ritenuto che il progetto fosse ben organizzato e che le abilità acquisite durante il laboratorio potessero essere utili nel corso della loro vita; inoltre la maggioranza dei ragazzi ha riconosciuto nelle attività manuali una valida alternativa a quelle digitali. Tra i molti commenti ricevuti abbiamo rilevato una gran soddisfazione nell'aver imparato a costruire oggetti in legno e nell'aver eseguito un lavoro nuovo in compagnia e collaborazione.

Conclusioni e obiettivi per il futuro

L'obiettivo è quello di continuare a proporre esperienze simili, indirizzate a una fascia giovanile, anche in futuro. L'intervento ha lo scopo duplice di implementare nelle scuole le attività che informino sui rischi e sulle problematiche del gioco compulsivo e rafforzare le competenze sociali dei ragazzi. Sviluppare abilità manuali, creative, il lavoro di squadra e la comunicazione sono tutte skills che possono aiutare a gestire le sfide della vita senza ricorrere in comportamenti di dipendenza. Informare riguardo alle dipendenze, tra un'attività pratica e l'altra può aiutare a comprendere meglio sia il rischio legato ai giochi online, sia il punto di vista dei giovani. Riteniamo che queste esperienze siano fonda-

mentali, andando a creare una rete di prevenzione tra servizi sanitari, scuola e terzo settore e stimolando i ragazzi attraverso attività che incoraggino la collaborazione e il lavoro di squadra in un ambiente inclusivo e di aiuto reciproco.

Bibliografia

- King, D., Delfabbro, P., & Griffiths, M. (2010). Video game structural characteristics: A new psychological taxonomy. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 8(1), 90–106. <https://doi.org/10.1007/s11469-009-9206-4>
- Riley, B. J., Oster, C., Rahamathulla, M., & Lawn, S. (2021). Attitudes, Risk Factors, and Behaviours of Gambling among Adolescents and Young People: A Literature Review and Gap Analysis. *International Journal of Environmental Research and Public Health/International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(3), 984. <https://doi.org/10.3390/ijerph18030984>
- Sun, J., Hu, B., Chen, T., Chen, Z., Shang, Y., Li, Y., Wang, R., & Wang, W. (2023). Internet addiction-induced brain structure and function alterations: a systematic review and meta-analysis of voxel-based morphometry and resting-state functional connectivity studies. *Brain Imaging and Behavior*, 17(3), 329–342. <https://doi.org/10.1007/s11682-023-00762-w>
- Yalçın, R. Ü. (2022). Research on Gambling in Young People: A Co-Occurrence Analysis. *Journal of Gambling Studies*, 39(2), 531–539. <https://doi.org/10.1007/s10899-022-10131-9>

8.2

“UNA SCOMMESSA NON AZZARDATA: L’UTILIZZO DELLA TDCS NEL TRATTAMENTO DEL DISTURBO DA GIOCO D’AZZARDO PRESSO IL DIPARTIMENTO DIPENDENZE ASL CITTÀ DI TORINO”

Gabetta F.^[1], Gennari N.^[2]

^[1]Cooperativa P.G. Frassati/SSD Nuove Dipendenze Asl
Città di Torino - Torino - Italy,

^[2]SSD Nuove Dipendenze - Asl Città di Torino - Torino - Italy

Le Addiction rappresentano una delle categorie di disturbi maggiormente onerose per la salute pubblica. Il Dipartimento Dipendenze - ASL Città di Torino, grazie al “Progetto Neurocare”, ha introdotto la tDCS per il trattamento del Gioco d’azzardo Patologico. I risultati ottenuti sono clinicamente promettenti e incoraggianti.

Background

La complessità e la continua evoluzione dell’universo dei consumi non può che impattare sui Dipartimenti Dipendenze richiedendo una costante rimodulazione degli interventi offerti. Considerando al contempo la continua crescita del fenomeno del Gioco d’azzardo patologico ed il progressivo aumento dell’utenza afferente ai Servizi di competenza della Città di Torino, il Dipartimento Dipendenze dell’ASL Città di Torino ha cercato di ampliare la propria offerta di trattamenti rivolti a questa tipologia di utenti attraverso l’implementazione di reti collaborative con il Terzo Settore.

Il Piano Locale delle Dipendenze – PLD - (D.G.R. n.28-5020 del 28.12.2006 e s.m.i.) comprende l’insieme delle azioni programmate e realizzate a livello cittadino che integrano l’attività del Dipartimento delle Dipendenze attraverso la collaborazione con il Privato sociale cittadino. Tale collaborazione permette di assolvere in modo più efficace e diffuso al mandato istituzionale del Servizio, ovvero quello di prevenire e trattare i consumi di sostanze psicotrope e i diversi comportamenti di dipendenza.

La realizzazione del PLD attraverso l’istituto della co-programmazione e della co-progettazione coinvolge operatori del settore pubblico e privato nella lettura complessiva di un fenomeno legato a doppio filo all’andamento e all’evoluzione di una società moderna, che negli anni non ha potuto che modificarsi e diversificarsi, richiedendo risposte adeguate e aggiornate. Dalla collaborazione tra Dipartimento delle Dipendenze dell’ASL Città di Torino e la Cooperativa P.G. Frassati è stato così possibile realizzare il “Progetto Neurocare”, finalizzato a inserire nella prassi clinica Dipartimentale l’utilizzo della Stimolazione Elettrica Transcranica a corrente diretta - tDCS.

La tDCS è una tecnica di neuromodulazione non invasiva e indolore, annoverabile tra le tecniche di non invasive brain stimulation – NIBS. Attraverso l’applicazione di una debole corrente elettrica (1-2 mA), convogliata da 2 o più elettrodi (anodo e catodo), genera un campo elettrico capace di modulare l’attività neuronale in base alla modalità di applicazione. Questa metodica permette di stimolare o inibire l’attività neuronale delle aree stimolate e subito attigue, alterando la conduttanza dei canali del sodio e del calcio, inducendo così modificazioni dell’eccitabilità cerebrale (Nitsche, Paulus, 2000) che durano anche una volta terminato il trattamento e che promuovono processi di plasticità neuronale (Bolognini et al., 2009). Questo favorirebbe la replicazione di nuovi neuroni e la creazione di nuove connessioni sinaptiche fra di essi. Consapevoli della multifattorialità del fenomeno e dalla non riducibilità al paradigma del brain disease, le sempre più approfondite osservazioni nell’ambito delle neuroscienze hanno fornito il razionale clinico per l’impiego di questa metodica di stimolazione cerebrale nel trattamento nel Disturbo da Gioco D’Azzardo (DGA).

Il DGA è caratterizzato da un comportamento persistente e ricorrente di gioco maladattativo. Dall’edizione quinta del Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali (DSM-5) è stato incluso nella categoria dei “Disturbi correlati a sostanze e disturbi da addiction”. Ciò fa seguito alle evidenze scientifiche che suggeriscono che i modelli fisiopatologici per i Disturbi da uso di sostanze (SUD) possono essere rilevanti anche per il DGA. Infatti, alterazioni nella funzione del sistema della ricompensa (reward system) costituiscono un substrato comune che guida la compulsività sia nel DGA che nelle dipendenze da sostanza (Leeman, Potenza, 2012; Pettorruso, Martinotti, et al., 2014). I circuiti cerebrali della ricompensa coinvolgono il sistema dopaminergico, compresa la via mesolimbica, che proietta dall’area tegmentale ventrale (VTA) al nucleo accumbens, e la via

mesocorticale, che proietta dalla VTA alla corteccia prefrontale (PFC) (Koob, Volkow, 2016) area alla quale si deve il complesso sistema delle funzioni esecutive. In particolare la porzione dorsolaterale (DLPFC) della PFC svolge un ruolo critico nel ciclo della dipendenza, che comprende l'apprendimento del rinforzo, il craving, il controllo inibitorio e la coordinazione delle risposte cognito-affettive. Studi di neuroimmagine hanno dimostrato che la perdita del controllo inibitorio, derivante da un danno alla PFC, è cruciale nei comportamenti di dipendenza (Balodis et al., 2012; Moccia et al., 2017), nel ripetersi degli episodi di gioco (Mallorquí-Bagué, 2023) e risulta associata alla gravità generale della diagnosi (Hawker, 2021).

Considerata quindi l'ampia letteratura esistente in materia, l'ipoattività dell'area riscontrata nella popolazione target (Goldstein, Volkow, 2011) e non per ultima l'inesistenza di un trattamento farmacologico validato dalla Food and Drug Administration (Lupi et al., 2014) per questo disturbo, è stato definito un protocollo di stimolazione con tDCS per i pazienti ritenuti candidabili.

Caratteristiche del trattamento:

- Dispositivo utilizzato "Sooma tDCS" (Sooma Oy, Helsinki, Finland);
- Posizionamento del catodo su F3 e dell'anodo su F4 secondo l'international 10/20 EEG system utilizzando due elettrodi circolari (25 cm²) imbevuti con 10 ml di soluzione salina;
- Stimolazione a 2mA per 30 minuti;
- Dieci sedute consecutive (Lunedì-Venerdì).

Il "Progetto Neurocare"

L'inserimento della tDCS nella prassi clinica è stato pensato in integrazione con la presa in carico "complessa" del paziente con diagnosi di DGA. In particolare si è rilevata l'importanza di non interrompere, ma bensì di porre in stretta continuità con le sedute di neuromodulazione gli interventi in corso (farmacologici, psicoterapeutici, psicologici, psicoeducativi).

Destinatari

Criteri di inclusione

Sono stati considerati eligibili pazienti con le seguenti caratteristiche:

- non-respondents al trattamento complessivo o con multiple ricadute;
- con alti livelli di Craving e carenti capacità di gestione dello stesso;
- prossimi a fasi di potenziale fragilità con conseguente interessamento della condizione clinica e degli obiettivi raggiunti.

Criteri di esclusione

Sono stati considerati non eligibili i pazienti con le seguenti caratteristiche:

- pregressi episodi di crisi convulsive e malattia epilettica;
- pazienti portatori di apparecchiature di stimolazione elettrica cardiaca o cerebrale;
- pazienti con patologie post-traumatiche di tipo cerebrale;
- pazienti portatori di impianti cocleari;
- pazienti in gravidanza.

Ogni candidato al trattamento viene sottoposto ad una visita medica di screening volta ad escludere tali controindicazioni.

Tabella 1 - Screening sanitario

	SI	NO
1	È affetto/a da epilessia o ha mai avuto crisi convulsive?	
2	Qualcuno nella sua famiglia (padre, madre, fratelli) ha avuto crisi epilettiche?	
3	Ha mai avuto episodi di svenimento o sincope?	
4	Ha mai subito un trauma cranico diagnosticato come tale o associato a perdita di coscienza?	
5	Soffre di emicrania?	
6	È affetto/a da problemi cerebrovascolari (es. ictus) o di cerebropatie in generale?	
7	È portatore/portatrice di impianti cocleari o biostimulatori in genere?	
8	È in gravidanza o sussistono possibilità che lo sia?	
9	Ha inserti metallici a livello cerebrale o della teca cranica o in altre parti del corpo (es. <i>schegge, frammenti, clip</i> – escluse protesi dentali o titanio)? Se sì, specifichi il tipo di metallo _____	
10	È portatore/portatrice di un neurostimolatore impiantato a livello cerebrale o della colonna vertebrale (es. DBS, epidurale/subdurale, VNS)?	
11	È portatore/portatrice di pace maker cardiaco o linee intracardiache?	
12	È portatore/portatrice di dispositivi per la microinfusione di farmaci?	
13	Attualmente sta assumendo farmaci? Se sì, indichi quali _____	
14	È mai stato/a sottoposto/a a tDCS in passato? Se sì, ha riscontrato problemi? Indichi quali _____	

Il protocollo applicato

La definizione del protocollo di stimolazione, indipendente dalla popolazione clinica, non può esimersi dal prendere in considerazione le linee guida internazionali in materia di sicurezza e corretto utilizzo dello strumento (Bikson et al. 2016; Antal et al. 2017).

Secondariamente, la letteratura in materia di posizionamento degli elettrodi suggerisce di interessare la Corteccia prefrontale dorso-laterale (DLPC), per le ragioni sopra argomentate (Stanković, 2023).

Il trattamento viene somministrato da personale formato in materia (psicologi e medici).

Valutazione e monitoraggio

I pazienti selezionati per il trattamento completano un percorso diagnostico finalizzato a:

- Raccogliere dati socio-demografici;
- Storia di trattamenti ricevuti e loro esiti;

- Frequenza del fenomeno del gioco;
- Valutazione della gravità della patologia secondo DSM-V (ABQ-Severity Index-Sezione A);
- Valutazione della sintomatologia da Craving (ABQ-Severity Index-Sezione B);
- Valutazione della motivazione al trattamento (Scala Likert a 10 punti).

Tutti i pazienti trattati vengono monitorati per i successivi 3 mesi al trattamento.

Il monitoraggio consiste nella ri-somministrazione del Test ABQ a 7 e a 90 giorni dalla conclusione del trattamento. Al monitoraggio attraverso la testistica è stata associata la rilevazione della frequenza dell'eventuale condotta di gioco e il complessivo quadro clinico del paziente.

Grafico 1 – Fasi di monitoraggio



Caratteristiche dei pazienti trattati

È stato possibile concludere il monitoraggio complessivo di 8 pazienti. Il campione, principalmente di sesso maschile, si caratterizzava per una diagnosi di DGA che da un punto di vista categoriale (DSM-V) risultava essere da Medio a Grave (Severity Index-Sezione B).

Non si riscontrava la presenza di altra patologia psichiatrica né di comorbidità con altre dipendenze patologiche. I pazienti, come già esplicitato, risultavano essere seguiti in un percorso di trattamento articolato:

- La totalità seguiva un percorso Psicoterapeutico;
- La metà frequentava un gruppo terapeutico a cadenza settimanale;
- 3 pazienti beneficiavano anche di interventi di tipo socio-educativo;
- 1 paziente era in trattamento farmacologico con SSRI.

Nessuno dei trattati aveva effettuato altri trattamenti di Neurostimolazione non invasiva (tDCS/TMS) in passato, né trattamenti residenziali per la patologia in oggetto. Il campione si caratterizza inoltre per storie di gioco protratte nel tempo (media: 13,3 anni), con stili differenti: sia on-line (scommesse sportive, poker) che in presenza (casinò, slot-machine, Gioco del Lotto, Gratta e vinci).

La frequenza di gioco a T0 era eterogena e si distribuiva in questo modo: 3 pazienti risultavano “non attivi”, 2 dei quali però con livelli di Craving abbondantemente sopra la soglia di attenzione clinica, i restanti erano caratterizzati da una frequenza da settimanale fino a giornaliera.

Tabella 2 – Caratteristiche del campione

Grandezza Campione	N: 8
Età media	51 (15,3)
Sesso	7 M 1 F
Anni Di Scolarità	10,7 (2,8)
Mano Dominante	Destra
Farmacoterapia	1 in trattamento con SSRI, 7 No
Psicoterapia	8 Si
Interventi Socio/Educativi	3 Si 5 No
Interventi Gruppi	4 Si 4 No
Età Media Prima Esperienza Di Gioco	37,6 (14,9)
Lunghezza Media Storia Di Gioco	20,7 (13,2)
Motivazione al trattamento	8,3 (0,8)

Risultati

In merito al trattamento, non sono stati rilevati effetti collaterali, confermandone la sicurezza quando rispettate le linee guida presenti in letteratura. I risultati sono riportati nella Tabella 3.

Tabella 3 - Valutazione livelli di craving mediante somministrazione ABQ-Severity Index-Sezione B 7 giorni prima del trattamento, 7 e 90 giorni dopo

	T0 7 Giorni prima	T1 7 giorni dopo	T3 90 giorni dopo	DELTA Δ% (T3-T0)/T0
PZ1	11 (29)	0 (1)	0 (1)	-100
PZ2	28 (80)	11 (29)	8 (35)	-71
PZ3	16 (49)	6 (5)	12 (33)	- 25
PZ4	28 (79)	5 (4)	2 (1)	-93
PZ5	26 (74)	10 (23)	13 (38)	-50
PZ6	26 (74)	9 (17)	3 (1)	-88
PZ7	30 (83)	0 (1)	0 (1)	-100
PZ8	21 (64)	2 (0)	6 (4)	-71

I dati mostrano una riduzione del Craving sia tra T0-T1 (pre-post 7 giorni dal trattamento con tDCS) che tra T0-T3 (pre-post 90 giorni dal trattamento). È interessante notare che la riduzione del Craving tra T0-T1 ha riguardato tutti i pazienti coinvolti, indipendentemente dai valori baseline, attestandosi al di sotto di valori di attenzione clinica (ovvero al di sotto del 58° percentile). Di altrettanta importanza è l'ulteriore diminuzione dei livelli di Craving a T3, stabili sotto l'attenzione clinica (Grafico 2).

L'utilizzo dell'ABQ per la valutazione e il monitoraggio del Craving ha permesso inoltre di farne emergere da un punto di vista dimensionale gli aspetti compulsivi che caratterizzano questo campione (Tabella 4) e più ampiamente pazienti con DGA.

Con questi pazienti è infatti possibile riconoscere una particolare tendenza a riproporre pattern di “rincorsa delle proprie perdite” che inducono al gioco nel tentativo di riparare (Craparo, Gori et al. 2015), disconoscendo le ulteriori possibili conseguenze negative. In conti-

nuità con le teorizzazioni di Martinotti (2006) e Hollander (1996), si riconosce in questa popolazione un crescente senso di tensione o allarme prima di mettere in atto il comportamento ed un vissuto di piacere, gratificazione o sollievo nel momento stesso in cui viene compiuto. La conseguente dilatazione del tempo che si verifica una volta messo in atto il comportamento di gioco permette quindi il ritiro difensivo in uno stato mentale dissociato dalla coscienza ordinaria, che allontana dalla consapevolezza emozioni e stati del Sé, ma al contempo indebolisce ulteriormente la capacità di regolazione affettiva.

È altrettanto importante fare riferimento al fenomeno del “near miss effect” (Dores et al., 2024; Habib, Dixon, 2010) e al possibile ruolo incentivante all’interno del circolo compulsivo. Soggetti con DAP a fronte di situazioni di quasi vincita mostrerebbero livelli di attivazione cerebrale molto simili a quelli in caso di vincita. Questo fenomeno nel caso di giochi di probabilità (per esempio slot-machine e Gratta e Vinci) porterebbe la persona a percepire di avere un qualche grado di controllo sul gioco, oppure a pensare che una vincita sia dietro l’angolo, entrambe considerazioni figlie di bias cognitivi. Anche in questo caso, concluso il trattamento, si assiste a una diminuzione significativa della componente compulsiva, che persiste nel tempo e che viene verbalizzata dai pazienti come una maggiore tendenza a “controllare il pensiero del gioco”.

Tabella 4 - Valutazione Ossessività Impulsività Compulsività

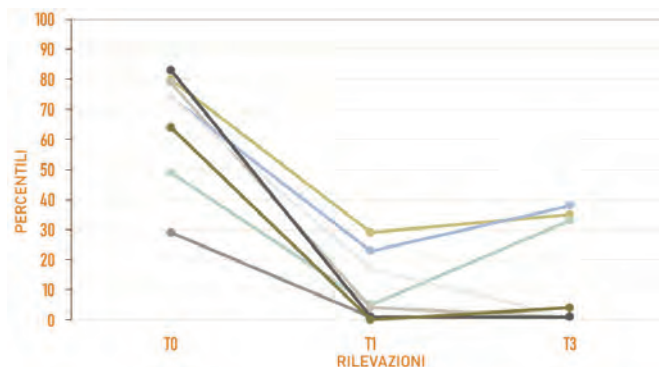
	T0			T1			T3		
	Ossessività	Impulsività	Compulsività	Ossess.	Impuls.	Compuls.	Ossess.	Impuls.	Compuls.
PZ 1	2	3	6	0	0	0	0	0	0
PZ 2	12	3	11	7	4	0	6	2	0
PZ 3	3	6	8	3	1	2	4	3	5
PZ 4	7	8	13	7	2	3	1	1	0
PZ 5	10	9	7	6	4	0	3	7	3
PZ 6	7	6	13	7	2	0	3	0	0
PZ 7	10	5	15	0	0	0	0	0	0
PZ 8	4	4	9	2	2	0	4	0	1

Dal punto di vista dei consumi, la ridotta dimensione del campione unita all’eterogeneità delle situazioni a T0 ha reso impossibile la valutazione puntiforme della ricaduta del trattamento sulle condotte di gioco. Quanto è importante sottolineare è che tra T0-T1 soltanto 1 paziente, già attivo con frequenza quotidiana, ha giocato.

La restante parte dei pazienti trattati in questo frangente temporale è risultata “non attiva”. Dalla valutazione a un mese e a 3 mesi dal trattamento (vedi Grafico 1) si conferma il medesimo scenario con un persistere dell’astensione per 6 pazienti su 8. Complessivamente quindi solo due dei coinvolti hanno messo in atto il comporta-

mento nel periodo di monitoraggio.

Grafico 2 – Andamento percentile del craving



Conclusioni

L’introduzione di una tecnica innovativa come la tDCS nelle routine di trattamento di un Servizio pubblico per le dipendenze ha richiesto uno sforzo organizzativo non di poco conto, sforzo che è stato possibile affrontare anche grazie alla collaborazione con un ente del Terzo Settore.

Tra le varie difficoltà riscontrate il monitoraggio post-trattamento è una delle maggiormente rilevanti. Tale monitoraggio infatti deve essere effettuato secondo le tempistiche indicate e non può essere posposto (il campione di trattati era composto da 15 pazienti, ma 7 di questi sono stati esclusi dal presente lavoro a causa del monitoraggio non effettuato correttamente).

Nonostante questi aspetti i risultati della sperimentazione sono assolutamente incoraggianti e suggeriscono che la stimolazione della DLPFC mediante tDCS è un’opzione di trattamento promettente per il DGA.

Il trattamento si è dimostrato sicuro e ben tollerato dai pazienti, la compliance è stata buona, non si sono riscontrati drop-out.

I pazienti hanno accolto questa proposta con molto favore anche perché si è cercato di aumentarne la compliance sottolineando come si tratti di una possibilità limitata a pochi e selezionati utenti. Questo aspetto è molto rilevante ed è confermato anche dalle altre tipologie di trattati (abbiamo infatti implementato l’offerta di trattamento anche per alcolisti, cocainomani e consumatori di crack).

Fondamentali per avere una compliance adeguata ed uno scarso numero di drop-out si sono rivelati la corretta selezione dei pazienti e la prosecuzione in parallelo degli altri trattamenti in corso.

Nell’attesa che eventuali studi futuri possano definire il target di stimolazione, il montaggio, la frequenza e l’intensità ottimali per questa popolazione clinica proseguiamo nell’utilizzo della tecnica anche su nuove tipologie

di pazienti come i tabagisti basandoci sulla letteratura ad oggi disponibile.

In conclusione possiamo affermare come la collaborazione con gli Enti del Terzo Settore all'interno del Piano Locale delle Dipendenze rappresenti un punto di forza ormai consolidato ed imprescindibile per poter rispondere nel modo più adeguato possibile alle esigenze della popolazione che si rivolge ai nostri servizi.

Bibliografia

- Antal, Alekseichuk, Bikson et al. Low intensity transcranial electric stimulation: Safety, ethical, legal regulatory and application guidelines. *Clin Neurophysiol*. 2017.
- Balodis, Kober, Worhunsky, Stevens, Pearlson, Potenza. (2012). Diminished frontostriatal activity during processing of monetary rewards and losses in pathological gambling. *Biological Psychiatry*, 71(8), 749–757.
- Bikson, Grossman, Thomas et al. Safety of Transcranial Direct Current Stimulation: Evidence Based Update 2016. *Brain Stimul*. 2016 Sep-Oct;9(5):641-661.
- Bolognini, Pascual-Leone, Fregni. Using non-invasive brain stimulation to augment motor training-induced plasticity. *J Neuroeng Rehabil*. 2009.
- Dores, A.R., Peixoto, M., Fernandes, C. et al. Neurophysiological Correlates of Near-Wins in Gambling: A Systematic Literature Review. *J Gambl Stud* (2024).
- Fregni et al. Neuromodulation Center Working Group. Evidence-Based Guidelines and Secondary Meta-Analysis for the Use of Transcranial Direct Current Stimulation in Neurological and Psychiatric Disorders. *Int J Neuropsychopharmacol*. 2021.
- Goldstein RZ, Volkow ND. Dysfunction of the prefrontal cortex in addiction: neuroimaging findings and clinical implications. *Nat Rev Neurosci*. 2011 Oct 20;12(11):652-69.
- Habib R, Dixon MR. Neurobehavioral evidence for the “Near-Miss” effect in pathological gamblers. *J Exp Anal Behav*. 2010 May;93(3):313-28.
- Hawker, C.; Merkouris, S.; Youssef, G.; Dowling, N. Exploring the associations between gambling cravings, self-efficacy, and gambling episodes: An Ecological Momentary Assessment study. *Addict. Behav*. 2021, 112, 106574.
- Hollander, E., Kwon, J. H., Stein, D. J., & Broatch, J. (1996). Obsessive-compulsive and spectrum disorders: Overview and quality of life issues. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 57(Suppl 8), 3–6.
- Koob GF, Volkow ND. Neurobiology of addiction: a neurocircuitry analysis. *Lancet Psychiatry*. 2016 Aug;3(8):760-773. doi: 10.1016/S2215-0366(16)00104-8.
- Leeman RF, Potenza MN. Similarities and differences between pathological gambling and substance use disorders: a focus on impulsivity and compulsivity. *Psychopharmacology (Berl)*. 2012 Jan;219(2):469-90.
- Lefaucheur, Antal, A., Ayache, S. S., Benninger, D. H., Brunelin, J., Cogiamanian, F., Cotelli, M., De Ridder, D., Ferrucci, R., Langguth, B., & Marangolo, P. (2017). Evidence-based guidelines on the therapeutic use of transcranial direct current stimulation (tDCS). *Clinical Neurophysiology*, 128(1), 56–92.
- Lupi, M, Martinotti, G., Acciavatti, T., Pettorruso, M., Brunetti, M., Santacroce, R., Cinosi, E., Di Lorio, G., Di Nicola, M., & Di Giannantonio, M. (2014). Pharmacological treatments in gambling disorder: A qualitative review. *Biomed Research International*, 2014, 1–7.
- Mallorquí-Bagué, N.; Mestre-Bach, G.; Testa, G. Craving in gambling disorder: A systematic review. *J. Behav. Addict*. 2023, 12, 53–79.
- Martinotti G, Andreoli S, Giametta E, Poli V, Bria P, Janiri L. The dimensional assessment of personality in pathologic and social gamblers: the role of novelty seeking and self-transcendence. *Compr Psychiatry* 2006; 47: 350-6.
- Martinotti, G., Chillemi, E., Lupi, M., De Risio, L., Pettorruso, M., & Di Giannantonio, M. (2018). Gambling disorder and bilateral transcranial direct current stimulation: A case report. *Journal of Behavioral Addictions*, 7(3), 834–837.
- Moccia, Pettorruso, M., De Crescenzo, F., De Risio, L., di Nuzzo, L., Martinotti, G., Bifone, A., Janiri, L., & Di Nicola, M. (2017). Neural correlates of cognitive control in gambling disorder: A systematic review of fMRI studies. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 78, 104–116.
- Nitsche, Paulus. Excitability changes induced in the human motor cortex by weak transcranial direct current stimulation. *J Physiol (London)*. 2000.
- Pettorruso M, De Risio L, Martinotti G, Di Nicola M, Ruggeri F, Conte G, Di Giannantonio M, Janiri L. Targeting the glutamatergic system to treat pathological gambling: current evidence and future perspectives. *Biomed Res Int*. 2014; 2014:109786.
- Stanković, Marija, Jovana Bjekić, and Saća R. Filipović. 2023. “Effects of Transcranial Electrical Stimulation on Gambling and Gaming: A Systematic Review of Studies on Healthy Controls, Participants with Gambling/Gaming Disorder, and Substance Use Disorder” *Journal of Clinical Medicine* 12, no. 10: 3407.

8.3

GIOVANI, GIOCO D'AZZARDO E DIPENDENZE COMPORTAMENTALI NEL POST COVID

Tanca R.M.T., Locci D., Madau M.

Unità Operativa per i Disturbi da Gioco d'azzardo e Dipendenze Comportamentali

*Struttura Complessa Servizio Dipendenze Patologiche
SERD - DSMD – ASL SASSARI*

Giovani e dipendenze comportamentali

Introduzione

Il presente lavoro nasce da alcune riflessioni strutturate del nostro Servizio per i Disturbi di gioco d'azzardo e Dipendenze comportamentali del SerD Asl Sassari, per coniugare la ripresa di tutte le attività di Prevenzione, Cura e Riabilitazione con la fine del periodo pandemico e il ritorno alla 'normalità', consapevoli della possibilità di doversi confrontare con importanti conseguenze sul piano dell'incremento di disturbi psicopatologici o aumento dell'uso o abuso di comportamenti da addiction, nella popolazione di adolescenti e giovani, che gravitano nel nostro campo di intervento sanitario.

Il post - Covid ha aperto pagine personali di smarrimento, difficoltà, senso di incertezza, paura, reclusione, isolamento sociale ecc., tali da chiedere a noi "addetti ai lavori", di prendersi cura della salute psicologica, così provata e lesionata di pazienti già in carico al servizio, ma soprattutto di chi sarebbe arrivato a chiedere aiuto per un problema di abuso o dipendenza.

Pertanto, il nostro 'team' psicologico, attraverso l'osservazione clinica e il lavoro di prevenzione nelle scuole secondarie di primo e secondo grado, dopo la ripresa delle attività senza distanziamento, ha potuto centrare il 'focus' del presente studio su alcuni aspetti, che ci sono sembrati degni di nota, emersi nella popolazione degli adolescenti e giovani adulti, proprio in seguito all'isolamento.

In particolare, l'équipe si è focalizzata sull'osservazione di una chiara incidenza dell'Addiction, nella declinazione DGA e IAD (American Psychiatric Association, 2022), dal periodo post pandemico a tutt'oggi, osservando e dimostrando con i numeri, come nel triennio successivo, 2021-2023, ci sia stato un incremento di accessi al

Servizio di utenti under 35, con problematiche rilevanti legate all'azzardo, unicamente attraverso la "modalità del Gioco On line".

Tali evidenze rappresenteranno lo studio, attualmente in atto, di un approccio di intervento multidisciplinare coordinato fra analisi e azioni flessibili nel campo della prevenzione e della cura delle Dipendenze senza sostanze.

Discussione

La metodologia dello studio di tipo esplorativo è stata quella dell'osservazione sul campo diretta, come osservazione partecipante, e dell'osservazione indiretta, nella clinica, con l'utilizzo di questionari e test.

Vari studi italiani ed europei hanno evidenziato come le politiche restrittive atte a contenere il virus SARS-Cov-2, abbiano contribuito a determinare un incremento dei disturbi depressivi e di ansia, sia a causa dello stress derivato dall'isolamento sociale, sia dalla precarietà della situazione economica in cui molte famiglie si sono trovate a vivere; restrizioni dovute in molti casi a contrazioni dei redditi a seguito della perdita del lavoro o di diminuzione delle ore salariate (Amerio A. et al., 2021; Price A., 2022).

Lo studio sulla popolazione non clinica, finalizzato a comprendere i cambiamenti comportamentali dell'emergenza pandemica nel medio e lungo termine, sviluppato dall'Istituto Mario Negri, in collaborazione con l'Istituto Superiore di Sanità, ISPRO e San Raffaele, avvalendosi delle ricerche di Amerio A. et al (2021), e Odone A. et al (2020), ha registrato un peggioramento, con evidenze di problematicità da livelli di media ad alta gravità, in tutte le variabili psicologiche (sintomi di depressione, sintomi di ansia, sonno insufficiente/insoddisfacente, qualità della vita insoddisfacente), ed un aumento del 20% dell'uso di almeno un farmaco psicotropo.

Sempre dagli studi citati, il comportamento di Gioco problematico e/o patologico nelle declinazioni del gioco On-line o dello IAD è stato incentivato dalle condizioni appena delineate, che hanno costituito evidentemente gravi fattori di rischio correlati al contesto pandemico. Nonostante la chiusura delle sedi fisiche, la disponibilità di tipologie di Gioco d'azzardo non è venuta meno data l'esistenza di sedi virtuali online, che hanno consentito ai "gruppi a rischio" di poter attuare comportamenti di gioco anche da casa, con la conseguenza di un aumento della frequenza e dell'incremento delle puntate (Price A., 2022).

Durante le attività di Intervento di Prevenzione a scuola, con i ragazzi pre-adolescenti ed adolescenti, si è registrata una tendenza all'Internet addiction, attraverso il Gaming disorder (American Psychiatric Association, 2022), specie nel cosiddetto gioco di ruolo, e uso dei social come modalità elettiva per relazionarsi.

I ragazzi hanno potuto constatare, sollecitati nell'interazione reciproca con il supporto dell'équipe, che il tempo medio di utilizzo giornaliero della Connessione Internet attraverso il cellulare, oscillava tra le 8 e le 15 ore, un dato che, dal loro punto di vista, era aumentato sensibilmente durante il "lockdown", rimanendo stabile e costante anche nei tempi successivi alle "riaperture".

Hanno, inoltre, riportato come i vissuti di isolamento, il malessere generale, la tendenza alla somatizzazione di stati depressivi e ansiosi, avessero iniziato a manifestarsi in loro, sia durante le restrizioni che nel periodo successivo.

Queste osservazioni in ambito preventivo sono state poi supportate dai dati emersi dalla somministrazione della batteria testistica in ambito clinico (CORE-OM, SCL-90-R, MCMI-III, MAC-G e GPQ), dove l'équipe ha potuto osservare un aumento delle risposte indicanti una tendenza ai "sintomi internalizzanti" (Achenbach, T. M., & McConaughy, S. H., 1992), tra cui nervosismo e agitazione interna, tendenza alla somatizzazione di vissuti ansioso-depressivi, anedonia, perdita dell'interesse o del piacere sessuale, solitudine, tendenza al rimuginio e alle preoccupazioni eccessive.

Nel dettaglio, il Gambling Pathways Questionnaire (GPQ), strumento messo a punto da Nower e Blaszczyński nel 2017, che ha l'obiettivo di distinguere tra tre tipologie di giocatori (condizionati nel comportamento, emotivamente vulnerabili, e antisociali), è stato utilizzato dall'équipe sulla casistica di pazienti nel triennio successivo alla pandemia, evidenziando un incremento di tipologie di giocatore riconducibili al Pathway 2: giocatori emotivamente vulnerabili, per cui "il gioco funziona come modulatore degli stati emotivi negativi e offre la possibilità al soggetto di affrontare e gestire le situazioni problematiche attraverso l'induzione di stati dissociativi di sospensione, vissuti durante il gioco" (Casciani O., 2022).

Da questi dati di ricerca, data l'inferenza introduttiva del nostro studio, emerge un chiaro aumento dei fattori di rischio predisponenti allo sviluppo e al radicamento di fenomeni di Addiction.

Conclusioni

In linea con gli studi appena citati, e data l'osservazione diretta e indiretta, accompagnata dagli esiti dei test psicodiagnostici, le conclusioni delineano:

- aumento dei fattori di rischio psicologico nel tempo post-Covid;
- peggioramento dei disturbi di salute mentale;
- incremento nell'ordine del 30% degli accessi al Servizio di Cura del DGA;
- aumento della presa in carico di pazienti di fascia di età compresa fra i 18 e i 35 anni con manifestazione unica e preferenziale del Gioco online.

Bibliografia

- Achenbach, T. M., & McConaughy, S. H. (1992). Taxonomy of internalizing disorders of childhood and adolescence. In W. M. Reynolds (Ed.), *Internalizing disorders in children and adolescents* (pp. 19–60).
- American Psychiatric Association. (2022). *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali* (5a ed., testo rivisto)
- Amerio A, Lugo A, Stival C, Fanucchi T, Gorini G, Pacifici R, Odone A, Serafini G, Gallus S. COVID-19 lockdown impact on mental health in a large representative sample of Italian adults. *J Affect Disord.* 2021 Sep 1;292:398-404. Epub 2021 Jun 4.
- Casciani O., Primi C. *Gambling Pathways Questionnaire (GPQ). Manuale d'uso per il clinico.* Edizioni Publiedit. 2022.
- Odone A, Lugo A, Amerio A, Borroni E, Bosetti C, Carreras G, Cavalieri d'Oro L, Colombo P, Fanucchi T, Ghislandi S, Gorini G, Iacoviello L, Pacifici R, Santucci C, Serafini G, Signorelli C, Stival C, Stuckler D, Tersalvi CA, Gallus S. COVID-19 lockdown impact on lifestyle habits of Italian adults. *Acta Biomed.* 2020 Jul 20;91(9-S):87-89.
- Price, A. Online Gambling in the Midst of COVID-19: A Nexus of Mental Health Concerns, Substance Use and Financial Stress. *Int J Ment Health Addiction* 20, 362–379 (2022).

8.4

LA DONNA CHE MIAGOLAVA ALLA LUNA INTERVENTO GESTALTICO AD UN CASO GAP: IL SINTOMO COME OPERA D'ARTE

De Domenico M., Barbara B.

SERD - ALCAMO - Italy

*«Quando gridano "un uomo in mare!"
Il transatlantico grande come una casa,
si ferma all'improvviso
e l'uomo lo pescano con le funi.
Ma quando fuori bordo è l'anima dell'uomo,
quand'egli affoga
dall'orrore
e dalla disperazione, nemmeno la sua propria casa
si ferma,
ma s'allontana.»
(S.Cudakov1966)*

Premessa

Il dramma sociale a cui si assiste trattando di DGA è quello di trovarsi davanti ad un problema sempre più diffuso ma allo stesso tempo sempre più sommerso (1): Il paziente gambler che di sua spontanea volontà o perché spinto da amici e/o parenti, intraprende un percorso di cura, appare alla ricerca di un senso.

Usciti dalla bolla dissociativa in cui per mesi o per anni hanno fluttuato, si risvegliano in una realtà che hanno contribuito a desertificare, non solo a livello economico ma anche a livello emotivo. Nel cominciare a scrivere di dipendenza da gioco d'azzardo, si avverte tutta la drammaticità che, come psicoterapeuti si ha modo di conoscere attraverso le vite dei pazienti incontrati.

Competere con l'addiction è un impari battaglia, il tentativo non è quello di ridurre il comportamento ma quello di entrare nello sfondo irrigidito dell'esperienza di contatto che il paziente ha con il mondo, sfondo rigido in cui il comportamento addictive del gioco d'azzardo si è innestato producendo una figura fissa.

I pazienti hanno l'aspetto di chi ha perso ogni cosa, financo se stessi, non appartengono più a nessuna relazione osservano il mondo da uno sfondo desensibilizzato da cui per far fronte all'ansia che li ha colti hanno dato sfogo ad un comportamento patologico di cui

spesso non ricordano neanche gli inizi.

Uomini e donne con il volto tirato dalla sofferenza, simile a chi sta affrontando un lutto. Uomini con la barba incolta e vestiti alla meno peggio.

Donne con i capelli in disordine, le borse sotto gli occhi.

Umanità sfinite, personaggi di epopee belliche, solo che la guerra se la vivono internamente.

Arrivano più o meno puntuali ai colloqui, sostano in sala d'attesa come spettri, confusi e storditi, ignari del loro trovarsi in quel luogo, del resto cosa c'entrano loro con i tossici!

Attraversano il corridoio per giungere alla stanza del colloquio, ognuno con la propria andatura, c'è chi compie lunghe falcate, chi piccoli e veloci passi, chi camminando butta un occhio nelle stanze sperando di non essere riconosciuto da nessuno.

Guardano a ciò che è stato con terrore, senso di colpa, vergogna e tutto è scolpito su quei volti che si impara a conoscere bene.

Fanno fatica a raccontare e guardare negli occhi il loro interlocutore, capo chino, sguardi persi in un altrove memore chissà di quale dramma.

Anche il terapeuta si trova in un'attesa, si procede nella costruzione di una relazione che possa sostituire la dipendenza, si sosta, si osserva, alle volte si cade e si torna indietro, ma il tutto offrendo una presenza pronta a sostenere.

La psicoterapia della Gestalt, che è lo stile terapeutico con cui è stato trattato il caso qui presentato, guarda ai sintomi come si guarda ad un'opera d'arte; nell'esperienza della cura questa espressione non è semplicemente una frase ad effetto ma dice di uno stile terapeutico dal quale non si può prescindere e che si avverte fondamentale, soprattutto, con i pazienti dipendenti la cui cura risulta spesso complessa, lunga e di non facile risoluzione.

È una rivoluzione che, da terapeuta creativo, come direbbe Zinker (2), permette di guardare il paziente con occhi curiosi, per entrare in una nuova dimensione, lasciandosi alle spalle la frustrazione del dropout.

L'articolo qui proposto descrive un'esperienza di gioco d'azzardo al femminile che, negli ultimi dieci anni, ha subito un incremento significativo.

Gli studi sul problema del DGA al femminile mettono in mostra le differenze di genere nell'approccio al gioco: le donne prediligono giochi non di strategia (prettamente di interessi maschili) ma più estemporanei (slot machine, il bingo, 10elotto, superenalotto e gratta & vinci); inoltre mentre le giovani donne privilegiano anche il gioco online oltre le sale scommesse, le over 65 frequentano i luoghi (tabaccherie, sale gioco e sale bingo) vissuti come luoghi rifugio in cui non sentirsi giudicate.

Le donne arrivano meno di frequente presso gli ambulatori per la cura del disturbo e di solito quando questo accade il problema è già ad un livello di gravità avanzato, questo è dovuto allo stigma che si intesse attorno alla donna considerata focolare domestico e custode delle virtù famigliari.

Per valicare la barriera della trasgressione, le donne, come in altre dipendenze, impiegano più tempo, ma quando lo fanno, è sempre in modo esasperato. Il gioco rappresenta oggi per le donne un altro tabù infranto (3).

Una interessante osservazione di Vogelgesang, (4) è che le donne giocatrici hanno un background biografico più difficile: il 50% riferisce gravi abbandoni durante l'infanzia, abusi sessuali e/o fisici e/o traumatici.

Inoltre "L'esperienza addictive come esperienza traumatica persistente" (5) è legata ad un fallimento relazionale precoce, come evidenziato da studi sugli stili di attaccamento, condotti su popolazioni di tossicodipendenti (6).

Appare coerente che le giocatrici patologiche sembrano essere più frequentemente colpite da comorbidità: disturbi affettivi, d'ansia o di personalità (7). Il gioco diventa per queste donne la via di fuga per non affrontare i problemi e le inquietudini e così i buchi di senso caratterizzano la loro vita.

I sensi di colpa e la vergogna spesso bloccano queste donne in un limbo in cui avviene l'esplosione di prevedibili sintomi; è l'espressione di un malessere evidente che, purtroppo, proprio coloro che sono più vicini ed intimi, non scorgono.

Non a caso la sofferenza osservata nella terapia è una sofferenza che nasce all'interno di una relazione, è la sofferenza del tra, come si può leggere in Sighera (2001) e Salonia (1992) (8): «la psicopatologia è la sofferenza del tra e può essere percepita da chiunque (...) nasce ed è curata in una relazione (...) nel luogo a cui appartiene e che la genera: il confine di contatto» (9). La sofferenza del tra è un'espressione di cui si avverte la vibrazione drammatica; i disturbi contemporanei sono definiti proprio disturbi relazionali: desensibilizzazione, depressione e disturbi d'ansia sembrano essere ormai quasi uno status, un modo di essere della nostra società attuale.

Ecco dunque che, in un panorama di siffatta sofferenza, il modello della psicoterapia della Gestalt entra a pieno titolo tra i modelli clinici più funzionali anche nei contesti delle dipendenze poiché la clinica gestaltica è orientata da una prospettiva di campo (10). Questo significa che l'esperienza vissuta dal terapeuta e dal paziente in psicoterapia è animata dalla percezione di ciò che accade al confine di contatto tra di essi.

«Oggi la psicoterapia ha il compito importante di risensibilizzare il confine di contatto al fine di sostenere il

senso di sé che emerge dal riconoscimento relazionale» (11).

Il caso di Anna, la donna che miagolava alla luna Alla domanda, provocatoria di un paziente, se la psicologia fosse una scienza esatta.

Nancy Mc Williams rispose: è più simile ad un'arte (12). E di arte e creatività ci parla anche la Terapia della Gestalt a proposito di sintomi.

L'adattamento creativo è un aspetto cardine della epistemologia della psicoterapia della Gestalt, infatti, si guarda ai sintomi come si guarda ad un'opera d'arte e nasce come superamento della mentalità terapeutica basata sulla soggettività, in favore di una realtà terza, che è la realtà co-creata (14).

All'interno del processo terapeutico è possibile che si sperimenti l'ansia, questa porta a desensibilizzare il confine e a generare malessere; da tale malessere si osserverà il tipo di adattamento creativo in cui il paziente si "rifugia".

Lo psicoterapeuta della Gestalt è interessato non tanto all'interpretazione dell'esperienza riferita dal paziente quanto al significato che il sintomo ha assunto per l'esistenza dell'individuo; il sintomo come adattamento creativo è la scoperta di ciò che è vitale, rivela l'intenzionalità di contatto che il paziente mette in atto nel suo tentativo di stare al mondo il meglio possibile.

Considerare il sintomo come opera d'arte non significa minimizzare, né sottovalutare la sofferenza, bensì riconoscere proprio alla sofferenza la dignità di esserci e di mostrarsi.

È un grido silenzioso quello prodotto inconsapevolmente dai pazienti che se udito genera libertà "l'unica libertà è la verità" (cit. paziente).

L'adattamento creativo è il miglior modo possibile che l'individuo ha di rispondere alle sollecitazioni dell'ambiente in un dato momento e in una data situazione.

È fine agosto quando Anna giunge al SerD di Alcamo per Disturbo da Gioco d'Azzardo, è accompagnata dal marito e dal figlio secondogenito.

Al primo appuntamento si ha la sensazione che Anna sia scortata da questi due uomini che prendono subito la parola e che spiegano l'accaduto nei minimi dettagli, una ricostruzione attenta del dispendio monetario.

I due uomini parlano alla terapeuta come se la donna non fosse presente, una presenza invisibile, il racconto si limita esclusivamente al dato oggettivo del gioco, non si riesce, dalle parole, a cogliere nulla della personalità della paziente.

Mentre i due accompagnatori narrano le vicende, il terapeuta osserva i suoi interlocutori: il figlio, trentenne, ha piccole spalle sulle quali la testa appare enorme; il padre carnagione chiarissima, portamento elegante, rigidità al collo, camicia di lino ben stirata, dà una sen-

sazione di ordine e pulizia.

Anna è seduta a parte nella cornice che il terapeuta ha dinnanzi, anche oggi che dovrebbe avere la scena non le è permesso di essere al centro dell'attenzione e ripete, tra le lacrime, come una giaculatoria: - "Ho sbagliato, ho sbagliato". Ripiegata su se stessa, accartocciata, ha il volto tirato, giallognolo, è trasandata nell'abbigliamento, (non c'è armonia cromatica e i vestiti sembrano non trovare forma sul corpo: si scoprirà, in seguito, che si tratta di vestiti di seconda mano "passati" da una sorella!).

La figura, così, appare sciatta, si potrebbe addirittura pensare che la trascuratezza in questa donna sia ricercata, perché lo sguardo la sorpassi, non sostì e vada oltre: Anna è il manifesto dell'invisibilità; tuttavia, si scorge, tra le crepe di questo "disastro", un'antica bellezza: occhi verdi, pelle delicata, minuta, piccole mani, garbata.

Durante i primi colloqui individuali Anna non smette di piangere se non per brevi momenti.

Sempre appassionata di gioco, soprattutto di SuperEnalotto, la signora racconta di una vincita sostanziosa, 20 mila euro ad un gratta e vinci acquistata insieme ad altre cose in un'edicola.

"Ho avuto la soddisfazione di riscattarmi comprando cose utili per la famiglia. Non ho tenuto nulla per me, mi sono sentita importante, riconosciuta, potente".

Da quel momento diventa la donna del gratta e vinci per tutta la famiglia: durante le riunioni famigliari, alle tavolate delle feste, Anna è vista ed ha un ruolo: porta i biglietti per tutti e spesso le viene chiesto di grattare lei per gli altri.

Il pianto inconsolabile durante i colloqui è accompagnato ad aggettivi dispregiativi alla propria persona: inutile, stupida, cretina, fallimento...

Tutto come se parlasse da sola in un dialogo solipsistico: Pz.: Sei un'illusoria, una cretina, cosa volevi dimostrare? Sei nata sbagliata e sbagliata resti.

Una montagna di fazzoletti soffiati con una rapidità che al terapeuta richiama l'immagine della compulsione a grattare, le spalle ricurve, le braccia tra le gambe, la testa rivolta al pavimento, il tono della voce che di continuo sale e si smorza come, un'onda.

T.: Anna com'è per lei se queste cose le dicesse guardandoti?

Il corpo del terapeuta è leggermente inclinato così anche la testa, sembra cercare qualcosa nascosta sotto qualcos'altro, la voce calma, ferma.

Ed eccola! La paziente alza la testa, sgrana gli occhi, respira, si mette dritta sulla sedia.

La co-creazione dell'esperienza terapeutica è motivata - sostenuta e diretta - da un'intenzionalità, che per l'approccio gestaltico è sempre un'intenzionalità di contat-

to con l'altro" (14).

"[...] il terapeuta può allinearsi con il linguaggio del paziente sostenendo il now-for-next, quella tensione per la realizzazione dell'intenzionalità di contatto che è già sempre presente nell'esperienza del paziente" (14). Il terapeuta ridà forma, riporta ad un contesto relazionale ad un processo che è vitale; è quel livello della relazione che facendosi carico della cura, rende presente, accettato, visibile quello che non ha trovato spazio, che ha perduto terreno (relazionale), che ha smarrito il senso.

La storia di dipendenza di Anna è legata ad un contesto familiare complesso che è stato nel tempo della terapia preso in carico a diversi livelli.

Il marito è ascoltato periodicamente assieme alla paziente, i figli sono stati ascoltati tutti e tre insieme e separatamente, il minore è stato preso in carico da una collega psicologa in un servizio diverso da quello della madre, il primogenito ha la sua storia di terapia già da tempo.

Il secondogenito non ha mai voluto intraprendere un percorso personale così come il padre.

La dipendenza è spesso lo specchio di una disregolazione del sistema familiare, da subito è stato chiaro che l'intero organismo familiare è sofferente, non c'è spazio per le emozioni, per la verità: gravi segreti sono taciuti. Segreti di cui solo il terapeuta è diventato depositario. La condizione della giocatrice all'interno della famiglia è in generale più pesante e il sostegno da parte del partner spesso inesistente; a differenza di quanto accade per il giocatore, l'isolamento e la stigmatizzazione sono maggiori e le incombenze e i ruoli familiari a suo carico restano spesso inalterati (3).

La storia di Anna si arricchisce di nuovi particolari quando nella narrazione si aggiunge al disturbo da gioco d'azzardo la sua "passione" per i gatti.

Anna è quella che potremmo definire una gattara.

Quando il primogenito va via di casa, individuato dalla terapeuta, come il figlio competente, il sistema familiare subisce un tracollo. Arriva il primo gatto randagio salvato dalla strada. Allo stato attuale Anna ha una colonia regolarmente registrata di cui si prende cura ogni mattina ed è attivista per un'associazione che si occupa di gatti randagi. Anna si interfaccia con assessori e sindaco, veterinari ed è dentro una rete per favorire l'adozione dei randagini.

È un'altra Anna quella che si occupa dei gatti, è una donna che ha una identità forte, che prende decisioni, che non ha vergogna, sensi di colpa. È semplice accostare il suo impegno con i gatti all'impegno profuso con i figli.

Mi piaceva quando i bambini erano piccoli tornare a casa con qualcosa di loro gradimento: pizzette, biscotti,

panini...loro mi correvano in contro "mamma, mamma cosa ci hai portato?"

In un'altra conversazione parlando dei gatti:

Quando mi sentono arrivare sbucano fuori mi corrono incontro, rischio di cadere, riconoscono il rumore dell'auto, sanno l'orario, mi aspettano.

Trattare di dipendenza da gioco d'azzardo, vuol dire trattare anche di dipendenza affettiva (3).

Soprattutto quando si tratta di gioco d'azzardo al femminile le cui motivazioni al gioco ... sono solo in minima parte radicate in una vulnerabilità pregressa (comorbilità): per lo più hanno radici nel bisogno di sfuggire sentimenti negativi (ansia, depressione), di combattere la solitudine, di compensare l'isolamento sociale, di acquisire appartenenza, di colmare un vuoto affettivo (nido vuoto), di darsi un risarcimento in relazione a una perdita (affettiva, economica, di salute e autonomia fisica), di avere una rivalsa all'interno di una relazione significativa e, soprattutto, nel bisogno di poter affrontare in modo più "leggero" la pressione quotidiana in relazione al ruolo di cura e alle preoccupazioni connesse (3).

Nella vita di Anna, la vulnerabilità pregressa consiste in una famiglia di origine poco supportiva: madre con grave depressione, abuso perpetrato per almeno due anni in piena età adolescenziale da parte di due cugini più grandi, mai denunciato e mai raccontato a nessuno, si innesta in una relazione coniugale in cui non si sente valorizzata: nel momento in cui diventa madre non è per nulla autonoma, tutto è controllato dal marito che lei definisce più padre che marito e dalla suocera che seppur definita benevola, la fa sentire sempre inadeguata. È come se il tempo si cristallizzasse, tutto procede a fatica e fintanto che i figli hanno bisogno di lei, finché la funzione materna regge, il sistema familiare stesso regge ma una volta che il figlio maggiore va via di casa, il figlio con cui lei ha un legame preferenziale, lei deve trovare il modo per stare al mondo. Un modo sarà il gratta e vinci.

Le motivazioni al gioco per lo più hanno radici nel bisogno di sfuggire sentimenti negativi (ansia, depressione), di combattere la solitudine, di compensare l'isolamento sociale, di acquisire appartenenza, di colmare un vuoto affettivo (nido vuoto), di darsi un risarcimento in relazione a una perdita (affettiva, economica, di salute e autonomia fisica), di avere una rivalsa all'interno di una relazione significativa e, soprattutto, nel bisogno di poter affrontare in modo più "leggero" la pressione quotidiana in relazione al ruolo di cura e alle preoccupazioni connesse (3).

La nascita del sintomo è come un processo vitale, dunque, che all'interno del rapporto psicoterapico trova le coordinate per ottenere un contributo significativo allo

sviluppo di un cambiamento. È una postura che si assume nei confronti della vita per poter andare avanti, per poter fare fronte all'urto di un'esistenza altrimenti invivibile:

«il comportamento malato ha le sue caratteristiche particolari e ciò che sembra "malato" in realtà è uno stato di adattamento al blocco (...) ho la tendenza a mantenere la mia stabilità funzionale: perpetuo così il mio modo di funzionare» (2).

La fiducia in tutto ciò orienta il terapeuta che rimane al confine di contatto con i sensi aperti e non con categorie mentali precostituite.

Anna subisce un intervento chirurgico ad un piede e dopo alcuni incontri online ritorna in presenza, quel colloquio di ripresa ha tutto il sapore di un contatto pieno.

Dopo una prima fase di accoglienza, il terapeuta nel guardare la paziente col piede fasciato riesce a dare senso a quella postura, che non è appena fisica

T: Si fa fatica a stare in piedi.

Una semplice constatazione.

Per ripristinare la spontaneità del sé, la psicoterapia della Gestalt propone l'esperienza di un incontro. L'incontro con una presenza terapeutica attenta a considerare l'individuo nella sua unitarietà nel qui ed ora della relazione.

La paziente sta al "gioco" ha un volto serio nessuna paura di mitigare.

A: Quanta fatica! Quanta lotta! Non più pianto ora solo lacrime.

Il terapeuta accusa il fascino di una tale espressione, scorge una vitalità nell'interazione. Il terapeuta non fa altro che essere una presenza reale per qualcuno come afferma Zinker (2), così facendo il paziente sente la propria esperienza validata, questo gli consente di comprendere meglio la propria natura, il modo di stare al mondo e ne trarrà il coraggio di allargare i suoi confini e di provare nuovi comportamenti. Difatti si può affermare che l'espressione della paziente è l'esperienza a cui tende il lavoro psicoterapico: Lo psicoterapeuta della Gestalt non intende far sì che il paziente raggiunga uno standard "sano" o "maturo" di vissuto e comportamento, ma che si (ri) appropri della spontaneità nel suo fare contatto, che (ri) acquisti la pienezza del proprio esserci nel contatto. Il lavoro terapeutico consiste nell'aiutare la persona a riconoscere l'esperienza creativa del proprio adattamento, riappropriandosene in modo incarnato, senza ansia, ossia con spontaneità» (14).

Anna ha un frasario affascinante riesce con semplici frasi a descrivere il suo mondo interiore: "Questa non è vita! Si respira soltanto", "a furia di fare passi indietro e di stare zitta non so più ritrovarmi". Dopo la fase iniziale del percorso terapeutico in cui Anna si mostra fra-

gile e sconfitta, si assiste ad un cambiamento: man mano sembra prendere fiducia nella relazione e si concede la libertà di esprimere il suo dolore, il suo dissenso, sembra accorgersi dei suoi bisogni e di poterli esprimere:

A: "L'unica possibilità di esprimermi è fuori - i gatti sono la mia vita".

Un altro modo di stare al mondo è, dunque, quello di occuparsi dei gatti, esseri indifesi che diventano un'ossessione nella misura in cui lei afferma di non poterci non pensare, di non potersi girare dall'altro lato se ne vede qualcuno ferito in strada.

Anche questo comportamento, seppur socialmente accettabile, assume le tinte di uno spostamento emotivo.

A: "il gioco sì, ho sbagliato, ma i gatti mai, non li posso lasciare".

Il modo con cui parla è rapido non ammette interferenze. Sistema il vestito sulle gambe con gesti netti, non guarda in volto il terapeuta; questi, dal canto suo, sente che l'ansia della paziente ha issato un muro difensivo: Miagolerà alla luna per tutto il tempo che vorrà...

Questa è l'immagine che nasce nella mente dello psicologo come esito del vissuto di campo e che tratteggia il profondo legame della paziente con i suoi adorati gatti così indifesi, così bisognosi di cura come lei stessa è, agli occhi del terapeuta.

In tale contesto di cura lo psicoterapeuta sta nella situazione cocreata, una situazione dai toni emotivi a dir poco dirompenti, guardando alla paziente come ad un'opera d'arte, ovvero cogliendo tutta la vitalità e lo slancio che la contraddistingue quando parla dei suoi gatti.

T: come si sente con i suoi gatti?

A: "Mi fanno sentire viva, presa in considerazione, gratificata - Sento di aver fatto qualcosa di buono".

Non viene richiesto un intervento tecnico ma un sostegno all'intenzionalità della paziente di voler, a modo suo, interagire col mondo e mostrare tutta la sua bellezza.

T: mi colpisce la sua vitalità quando parla dei gatti; è davvero viva!

L'essere vista la rilassa, il respiro torna ad essere fluido, il corpo abbandona la postura rigida, gli sguardi si incontrano nuovamente, così anche il respiro del terapeuta, inizialmente corto, come sotto attacco, recupera spontaneità.

T: riesco a vedere che respira!

A: quando sono qui respiro e vivo

T: Lei si prende cura dei gatti, io mi prendo cura di lei. Come la fa sentire questo?

Sostenere la spontaneità non esula il terapeuta dalle sue responsabilità.

A: (ride di cuore) mi fa sentire al rifugio, carica per affrontare casa.

Anna attraverso la terapia a carattere gestaltico ha imparato ad ascoltare se stessa, il proprio corpo (funzione es), ha ricostruito la concezione di sé a partire dalla narrazione della propria storia di vita, (funzione personalità), così avviato il processo di cosa sento, chi sono è potuta giungere al next: cosa voglio (funzione Io).

A scopo illustrativo tale dinamica viene descritta in modo lineare, tuttavia, nel corso dell'esperienza psicoterapica, è il frutto di un complesso e articolato processo relazionale.

Bibliografia

1. Slutske, 2006 cfr. in F. Prever, H. Bowden-Jones: "Donne e disturbo da gioco d'azzardo: Una prospettiva al femminile su trattamento e ricerca" 2011
2. Joseph Zinker: "Processi creativi in psicoterapia della Gestalt" Franco Angeli, 2008
3. F. Prever, H. Bowden-Jones: "Donne e disturbo da gioco d'azzardo: Una prospettiva al femminile su trattamento e ricerca" 2011
4. ibidem
5. G. Pintus (a cura di), M. V. Crolle Santi (a cura di) "La relazione assoluta. Psicoterapia della Gestalt e dipendenze patologiche" l'immaginale Officina 2014
6. Cozolino, 2006 cfr G. Pintus (a cura di), M. V. Crolle Santi (a cura di) "La relazione assoluta. Psicoterapia della Gestalt e dipendenze patologiche" l'immaginale Officina 2014
7. Desai e Potenza, 2008 F. Prever, H. Bowden-Jones: "Donne e disturbo da gioco d'azzardo: Una prospettiva al femminile su trattamento e ricerca" 2011
8. Sichera (2001) e Salonia (1992) cfr. in G. Francesetti (a cura di), Michela Gecele (a cura di), J. Roubal (a cura di) "La psicoterapia della Gestalt nella pratica clinica. Dalla psicopatologia all'estetica del contatto" FrancoAngeli, 2015
9. G. Francesetti (a cura di), Michela Gecele (a cura di), J. Roubal (a cura di) "La psicoterapia della Gestalt nella pratica clinica. Dalla psicopatologia all'estetica del contatto" FrancoAngeli, 2015
10. M. Spagnuolo Lobb e T. Borino Editoriale Quaderni di Gestalt, XXVIII, Franco Angeli, n.1/2015.
11. M. Lobb: "Il permesso di creare. L'arte della psicoterapia della Gestalt" Franco Angeli, 2017
12. N. McWilliams, V. Caretti (a cura di), Adriano Schimmenti (a cura di): "La diagnosi psicoanalitica" Astrolabio, 2012
13. M. Lobb: "Il permesso di creare. L'arte della psicoterapia della Gestalt" Franco Angeli, 2017
14. M. Spagnuolo Lobb: "Il now-for-next in psicoterapia. La psicoterapia della Gestalt raccontata nella società post-moderna" Franco Angeli 2011

8.5

PAIN KILLER**Cutaia V.**

*Progetto Pain Killer ASP Trapani SerD Alcamo
Castelvetrano - Alcamo - Italy*

Presentazione di un caso clinico da dipendenza da farmaci seguito al SerD

Leonard: Adesso

Dottor Sayer: Quando vuoi.

Leonard: Mi chiamo Leonard lowe.

*Qualcuno mi ha spiegato che sono stato da qualche
altra parte
per un po' di tempo. Sono tornato.
(tratto dal film Risvegli, 1990)*

Introduzione

Troppo spesso e sempre più frequentemente quando si parla di dipendenze, specialmente quelle patologiche, si vivono ancora oggi stigma e tabù.

In quelle condizioni di marginalità, disagio e abuso, l'opinione pubblica guarda, purtroppo e ancora oggi con superficialità gli utilizzatori di sostanze e/o coloro i quali vivono l'addiction, non riconoscendo quelle condizioni di dolore e sofferenza nel reiterare comportamenti disfunzionali e nel mostrare ingenti difficoltà nell'uscire dalla rete della dipendenza nella quale si trovano imbrigliati. Anche noi Operatori, spesso oberati dal lavoro e appesantiti dalla sofferenza umana, a volte siamo sfiduciati e impotenti.

È luogo comune sentire dire, infatti, dai nostri pazienti al Servizio "Smetto quando voglio", "Sono io a controllare le sostanze", "L'uso non crea situazioni di disagio".

Tali idee, da considerarsi profondamente disfunzionali, per chi le verbalizza, vengono reiterate durante i momenti terapeutici, non riconoscendo che il comportamento dipendente si concretizza e si rinforza proprio in tali momenti dove gli utilizzatori perdono inevitabilmente il controllo sulle sostanze.

Tra il non poterne farne a meno e la consapevolezza della nocività della sostanza è lì che si insinua il comportamento dipendente profondamente conflittuale con il proprio sé, con la rete familiare e amicale, con la società che lo circonda.

Se facciamo riferimento alla società, ci si rende sempre più conto che la stessa diventa sempre più "disumana",

liquida* ponendo ai margini le dipendenze, in una nicchia, in un'area sempre più isolata dalla comunità etica e civile.

Si toglie lo sguardo dal disagio, dalle "zone di comfort", facendo finta che quell'individuo non esista perché di fatto se rallentassimo il passo e toccassimo le corde del dolore, quel dolore stesso non riusciremmo a capirlo, a contenerlo.

Eppure, sarebbe così facile "togliere questo velo", abbassare il muro ed empaticamente incontrare, trovare lo sguardo dell'altro.

E se a tutto ciò aggiungiamo l'evolversi delle droghe, riscontriamo un tessuto di comorbilità e gravità che denota uno spettro davvero terrificante, superando costantemente un limite, spesso non soltanto immaginario, nella dipendenza.

Ed è questa sensazione di solitudine e isolamento che ci rammarica profondamente come Operatori come se avessimo perso appunto tale sguardo di accoglienza nei confronti dell'altro.

Pain killer

Ho sempre immaginato di entrare al SerD e lavorare fianco a fianco con e per le dipendenze e il caso che vi presenterò successivamente ha a che fare con tale mondo.

Indipendentemente dallo stereotipo comune che riguarda i Servizi per le dipendenze, gli Operatori dei SerD sono connotati solitamente da grande entusiasmo, empatia, assenza di pregiudizio e pongono l'individuo all'interno di un programma terapeutico ben articolato che prevede vari interventi e steps per il raggiungimento degli obiettivi prefissati.

Dal 2014, il SerD subisce un'importante trasformazione normativa cambiando il suo acronimo in SerD Cio, agli occhi dei curiosi, può essere irrilevante, invece rappresenta un grande cambiamento normativo e deontologico accogliendo non soltanto le tossicodipendenze ma le dipendenze comportamentali come il tabagismo, il GAP, la dipendenza da farmaci...

In tal senso, il DSM V-TR, nella sua ultima versione del 2013, inserisce la sezione neofita "Disturbi correlati a sostanze e disturbi da addiction" non separando categoricamente, i Disturbi relativi a dipendenza da sostanze e quelli da dipendenze comportamentali, ma inserendoli in un continuum con una scala di valutazione da lieve a grave. Un unico Disturbo interfacciato da 11 sintomi che denota un'accuratezza diagnostica al passo con i tempi attuali profondamente complessi sia in termini di prevenzione e cura.

Tra alcol, crack, droghe leggere, pesanti e sintetiche, si inserisce l'annosa emergenza da uso e dipendenza da farmaci.

Prendo spunto dalla famosa e tanto discussa miniserie

televisiva d'inchiesta "Painkiller" debuttante su Netflix il 10.08.2023, che racconta la grande crisi degli oppioidi in America e incentrata sull'uso e abuso di Oxycontin (antidolorifico oppioide messo in produzione e in vendita dalla Purdue Pharma).

Stiamo assistendo globalmente alla terza ondata relativa alla crisi degli oppioidi che inizia nel 2013 ed è ancora presente. Centrale il ruolo degli Stati Uniti ove si assiste a una pandemia, un'epidemia, un'emergenza pubblica iniziata alla fine degli anni '90 e ancora in atto.

Centrale l'abuso di oppioidi e più di un milione di overdosi legali, come i farmaci analgesici, o illegali come ad esempio l'eroina.

Tema centrale quello dell'abuso di oppioidi: le cronache attuali tessono le fila sul fentanyl. Ad oggi un dibattito in corso che debba prevedere una massiccia azione progettuale di cura e trattamenti per prevenire e contrastare tale annosa problematicità.

A ciò si inseriscono le cause legali, con una sentenza definitiva storica, quella del 2019, conclusa con un risarcimento di danni di ben oltre 572 milioni di dollari con la quale la casa farmaceutica J&J è costretta a pagare per danni provocati dall'abuso di farmaci.

Il Progetto Addiction Risk: Centro prevenzione e cura delle dipendenze da farmaci analgesici e oppioidi definiti "Pain Killer", in atto presso l'ASP di Trapani, è estremamente innovativo mettendo al centro dell'intervento la dipendenza da farmaci e le relative problematiche inerenti l'area della salute.

Presentazione del caso clinico

Presento questo caso nell'assoluta accuratezza dei dati sensibili. I riferimenti personali a nomi e cose sono oscurati per motivi di privacy.

Emanuela, nome inventato e di fantasia, accede al SerD su invio di altri Servizi per dipendenza da farmaci.

Già nota al Servizio stesso, ritorna al SerD per la dipendenza da farmaci, nella fattispecie ipnoinducenti.

Riferisce dalle prime battute: "Mi addormento, così non ci penso più" e "Non mi sento all'altezza". Queste frasi, cariche di significato metaforico, vengono abbondantemente dibattute fino a promuovere una lucidità in lei, una forma di risveglio emotivo, cognitivo, comportamentale.

All'inizio della Psicoterapia, non sono rose e fiori tra di noi. Verbalizza di riscontrare in me un certo "carattere" al quale lei non è abituata. Già dal secondo colloquio sono "coccole emotive" riuscendo a instaurare una relazione autentica.

La Psicoterapia inizia nel mese di aprile ed è ancora in atto con cadenza settimanale, integrata alla farmacoterapia dai Servizi di competenza.

Emanuela, all'inizio della Psicoterapia, assumeva fino a 7 ipnoinducenti al giorno mettendo a rischio le sue condi-

zioni di salute. Attualmente, siamo arrivati a un buon livello di assunzione.

Emanuela è sempre in contatto con il Medico depresso alla cura, con il quale ha instaurato un rapporto autentico di piena fiducia e rispetto.

Considerata tra le più belle della sua città, Emanuela appartiene a un tessuto sociale medio-alto.

Coniugata in giovane età quasi per gioco, nell'illusione di creare una famiglia con il proprio marito, attratta, forse, dalla bellezza esteriore e dal desiderio di maternità.

Specifico "illusione" perché di fatto questo bimbo non è mai arrivato, anche quando ci sarebbero state le condizioni per averlo e creare la famiglia tanto desiderata (dopo diversi tentativi di fecondazione assistita, il marito si sottrae alla scelta adottiva).

Si separerà dal marito proprio per il crollo delle illusioni riposte nella famiglia e, quindi, al fallimento del desiderio di maternità mai realizzato.

Sposta tale desiderio alla cura e all'amore verso i più fragili e ai bambini nati nel suo circondario amicale e familiare e agli animali abbandonati.

Proviene anche da una lunga e precedente Psicoterapia, accompagnata dall'integrazione farmacologica, che la vede inizialmente al nostro Servizio per dipendenza da benzodiazepine. Da tale dipendenza ne uscirà dopo un lungo percorso.

Emanuela ha un dolorosissimo passato alle spalle tra violenze, abusi, tabù, dipendenze alimentari e crollo del desiderio di maternità (tutto ciò la porta ad aggravare la sua condizione di disagio e tormento dell'anima).

Proviene da una famiglia abbastanza disfunzionale: i temi che ritornano, sono anche oggetto della Psicoterapia stessa.

Altri temi portati in terapia sono quelli del dolore e della morte, sui quali abbiamo lavorato lungamente.

Nonostante tali tessuti estremamente dolorosi, in terapia, Emanuela è riuscita a vedere delle risorse individuali, a nutrirsi di una piccola cerchia di amici e parenti che la sostengono in momenti di crisi e con i quali riesce a vivere brezze di serenità.

Emanuela piange spesso durante il colloquio chiedendo l'aiuto necessario per "Uscirne fuori" e, cosa importante, mostra di "non mollare", di credere nel lavoro terapeutico. È stato utile coinvolgere i familiari e la rete di supporto amicale per la buona riuscita del programma terapeutico. Mi rendo conto che il percorso fin qui intrapreso è complesso e ben articolato, confido nel raggiungimento di una piena riuscita, nella consapevolezza dei suoi blocchi e nel desiderio di un reale benessere, affinché possa esserci in lei tale "risveglio".

Conclusioni

Il Progetto "Pain Killer" mi ha offerto di ascoltare tante

storie connotate di profondo dolore e amarezza. Storie di solitudine, marginalità, amarezza.

Credo nella buona riuscita di tale Progetto, che possa diventare di grande aiuto per gli utenti dei nostri servizi, e in termini di prevenzione, per tutti coloro che necessitano di essere ascoltati e dar voce alle loro emotività.

Di storie come quella di Emanuela ne incontriamo tantissime ed è nostra cura aiutarle e sostenerle nel percorso di cura.

Bibliografia e Filmografia

- www.asptrapani.it
- www.federserd.it
- www.salute.gov.it/
- DSM V-TR
- Pain Killer, 2023
- Risvegli, 1990

8.6

IL LINGUAGGIO ANALOGICO E LE SUE POTENZIALITÀ NEL LAVORO TERAPEUTICO CON PAZIENTI AFFETTI DA DIPENDENZE PATOLOGICHE

Barbara B., Asaro M.

Dipartimento Dipendenze Patologiche SerD Alcamo - Alcamo - Italy

Prima di diventare una storia ogni vita offre sé stessa come un continuum di immagini e chiede di essere vista prima di tutto (James Hillmann)

Il lavoro psicoterapeutico nelle dipendenze patologiche si presenta spesso molto complesso e a tratti faticoso e demotivante per il terapeuta, a causa dei frequenti drop out dei pazienti, della scarsa compliance e delle numerose ricadute. Per questo motivo i terapeuti non solo giovani, ma anche quelli con esperienza, sentono il bisogno di avere nel proprio bagaglio, a seconda anche dell'approccio utilizzato, una serie di strumenti e di tecniche che possano rendere più agevole e motivante il percorso.

“La psicoterapia è un'esperienza relazionale trasformativa, nella quale si incontrano almeno due menti, due storie, due vite in una relazione volta a superare le condizioni di malessere e contribuire a far star bene chi chiede aiuto, poiché ognuno conosce e comprende sé stesso attraverso l'altro. Ne scaturisce un attento lavoro che porta a riflettere sulla storia della propria vita per sistemare e rivedere qualcosa che produce malessere nella trama dei rapporti interpersonali” (1).

I fattori che appaiono fondamentali nell'incontro terapeutico, secondo l'approccio sistemico sono: “le peculiarità della persona del terapeuta, i modelli di lettura dei sistemi relazionali e delle relative problematiche e i diversi oggetti utilizzati, come apparati che corredano il colloquio in psicoterapia” (2).

In questo lavoro, attraverso due situazioni cliniche relative a pazienti affetti da dipendenza patologica, con cui abbiamo utilizzato due diversi strumenti analogici, cercheremo di dimostrare la potenza evocativa e il notevole potenziale di cambiamento che racchiudono tali strumenti, nell'incontro terapeutico.

Piero ha 36 anni, è un infermiere, con una storia di dipendenza da cocaina e da farmaci. In una seduta centrale del suo percorso, utilizziamo “le carte dei destini incrociati” (3) per fare il punto: come sto oggi? Cosa è cambiato in questi mesi? Cosa vedo nel mio futuro?

Lo strumento è composto da “due gruppi principali di 11 carte ciascuno: il primo di questi raccoglie le immagini che si riferiscono ad alcune fasi del ciclo di vita familiare, mentre il secondo ai miti che più frequentemente sembrano emergere nel corso delle terapie con coppie e famiglie. Ognuna delle carte racchiude un significato, in alcune sono state inserite due immagini, che rappresentano la duplice valenza che l'evento o il mito rappresentati possono assumere. In questo modo, si intende offrire la possibilità a chi le utilizza di avvalersi di entrambe le immagini o scegliere quella che risulta più densa di risonanze” (3).

Fra le 11 carte che gli sono capitate casualmente, Piero ne sceglie 6 per raccontare la sua storia oggi, così come la sente in questo tempo, in cui ha scelto di lavorare per superare il suo problema di dipendenza e la intitola “il mio viaggio verso il sole”.

Utilizza la prima carta per parlare della sua infanzia, di quando era un bimbo bravo perché faceva tutto quello che gli chiedevano, felice perché si sentiva apprezzato per il suo buon carattere e della scuola dove era uno scolaro modello, intelligente ed educato. La seconda carta è la tristezza in cui racchiude tutte le sue sofferenze. A 18 anni fa coming out e questo non viene accolto dalla famiglia, in cui si comincia a sentire non accettato e piuttosto causa di vergogna. Appena laureato emigra in Inghilterra dove comincia a sentire tanta solitudine e un vuoto profondo che lo portano a ricercare relazioni superficiali spesso solo fisiche che accentuano il suo malessere. Si innamora di un collega che poco dopo aver iniziato una convivenza lo tradisce. In quel periodo comincia ad usare farmaci oppioidi e poi anche cocaina per non “stare” nel dolore e nella sofferenza. Adesso guardando la carta e ricordando quel periodo della sua vita, dice che tutte le esperienze negative, anche quelle più brutte, sono state utili, una via per ricercare ciò che è importante per lui, per crescere e andare al senso vero delle cose. La terza carta rappresenta la sua dipendenza, che è lotta ma anche liberazione; non è stato semplice a causa dell'ansia e della responsabilità che sente nel suo lavoro, per le difficoltà di relazione con i suoi familiari, per il senso di solitudine e di insoddisfazione per la sua vita affettiva, ma ormai da diversi mesi è pulito. La quarta e la quinta rappresentano per lui rispettivamente l'amicizia e l'amore. Grazie a delle amicizie profonde oggi può dire di sentirsi vivo, autentico, non più solo ma visto, apprezzato e riconosciuto. L'amore invece come lo intende lui, non

arriva, ma Piero non lo cerca perché si sente ancora fragile, a rischio di dipendenza affettiva. Spera che un giorno possa trovare una persona con cui condividere valori e progetti. L'ultima carta dà il titolo al suo lavoro: sente che il viaggio che sta percorrendo gli dà calore, che è un viaggio che rischiarla la strada.

"La psicoterapia come arte, gioca sulle forme, i colori, i suoni che nascono quando due mondi di rappresentazione si mettono in intersezione e risuonano l'uno contro l'altro. Ascolto di consonanze, di amplificazioni e vuoti che rompono improvvisamente lo schermo della monotonia. Attenzione portata all'apparente disordine in cui possono bruscamente manifestarsi nuove armonie (4).

L'altro strumento di cui vogliamo raccontare è "il gioco dell'oca sistemico": esso "permette di ri-narrare dieci eventi significativi della storia familiare qualificando gli eventi tramite sette carte simboliche. Il ricorso al piano simbolico permette di ampliare i significati che la famiglia (o l'individuo) non è in grado di verbalizzare.

Riappropriarsi, con l'aiuto del terapeuta, dei vari significati legati al simbolo permette di amplificare e ri-significare gli eventi ritenuti importanti dalla famiglia" (5).

Se nel gioco classico i concorrenti si affrontano per vincere, non succede la stessa cosa nella variante sistemica. La rivalità e la competizione lascia il posto allo spirito della scoperta. Non si tratta di riscrivere una storia in cui si iscrive la trama familiare. Comporta numerosi livelli: quello degli avvenimenti nel loro sviluppo temporale, quello del valore simbolico attribuito a questi avvenimenti, quello dell'emozione legata a queste rappresentazioni.

Il metodo del gioco dell'oca, proposto inizialmente da Caillé e Rey e rivisto da Francesco Bruni, permette al paziente di scoprire nuovi aspetti di sé e degli altri facendo comprendere la complessità della situazione relazionale. Aiuta a dare senso agli intrecci legati alla sofferenza senza che questa saturi la relazione terapeutica ma porti nuove scoperte in merito agli eventi interpersonali e alla condivisione di una storia comune così da far emergere nuovi significati. L'esplorazione della storia relazionale con il Gioco dell'Oca sollecita l'individuo e il terapeuta a introdurre narrazioni che arricchiscono in modo nuovo i rapporti interpersonali verso processi originali di auto-guarigione.

Paolo è un giovane di 22 anni, presenta un problema di gioco patologico, una sintomatologia psicosomatica (gola chiusa, fame d'aria, oppressione a petto) e una grave alissitimia. Per questo motivo dopo un breve periodo dall'inizio degli incontri gli proponiamo lo strumento per aiutarlo nella narrazione e nell'espressione dei suoi vissuti.

La prima carta rappresenta l'allontanamento dai genitori biologici e l'arrivo in casa famiglia all'età di 2 anni circa,

che lui propone con il simbolo dell'oca. L'oca è un elemento dinamico che spinge in avanti ed è sinonimo di velocità; ma quando si va veloci si possono perdere delle cose per strada e non sempre si ha il tempo di comprendere bene ciò che accade, l'allontanamento dai genitori biologici come opportunità di una vita migliore ma anche perdita dei legami di sangue.

La seconda carta è il momento dell'adozione e il suo arrivo presso la nuova famiglia che rappresenta con la carta dell'Hotel. L'hotel è uno spazio-tempo dedicato al proprio essere in cui ci occupiamo di noi, ma è anche un tempo in cui ci si adagia, c'è stasi, mancanza di cambiamento. La famiglia adottiva come luogo in cui star comodi, agiati, senza sforzo.

La terza carta è il suo primo rapporto sentimentale che rappresenta con la carta della prigionia. La prigionia è immobilità e reclusione ma è anche un luogo in cui riflettere su di sé e sulle relazioni e fare scoperte personali. Quel rapporto, seppure soffocante, ha dato a Paolo un forte senso di contatto e di fiducia nella relazione con l'altro.

La quarta carta rappresenta la sua prima grossa vincita al gioco che rappresenta con la carta del pozzo. Il pozzo è risorsa, come ad esempio l'acqua necessaria alla vita, ma è anche trappola ostacolo così come è diventato il suo continuo inseguire il gioco vincente. Con il pozzo Paolo rappresenta anche la sua seconda relazione affettiva nella quinta casella fonte di gioia di emozioni ma anche perdita, sofferenza e tradimento.

La sesta casella è rappresentata dal suo diploma che raffigura con la carta dell'oca, opportunità mai utilizzata, tappa da raggiungere formalmente ma che non lo arricchisce.

Il settimo evento della sua vita, descritto come sconvolgente è la scoperta del tradimento della sua ragazza che rappresenta con la carta della morte e successivamente il trasferimento in Germania che rappresenta l'ottavo evento scelto, che viene raffigurato con la carta del pozzo. La morte che può dare l'idea della distruzione e della fine in realtà può essere occasione di rinnovamento può essere l'inizio di altro, apre la possibilità di infinite mete. Ancora una volta, la carta della morte rappresenta la sua completa disfatta al gioco dove perde circa 20.000 euro. Ultima carta è il ponte che rappresenta la sua richiesta di aiuto e l'inizio di un percorso di psicoterapia.

Più che il gioco in sé, che comunque lo attiva molto, Paolo riscopre un senso diverso ai fatti che gli sono capitati che lui leggeva in maniera statica, ma che possono aprire anche ad altri significati.

Il sapere sistemico non è la conoscenza della correttezza del senso. È quello della creazione del senso. Il problema dell'uso delle parole in terapia, anche la loro forza, risie-

de nel loro straordinario potere di condensazione. Le parole sono, nel contempo, messaggio e contesto e diventano per i pazienti le loro mappe. Per aiutare i pazienti a disegnare nuove mappe occorre ritrovare il territorio esistenziale nascosto nelle mappe usate da loro, neutralizzando il potere delle parole.

“Ogni psicoterapia è un viaggio simbolico-esperienziale nel tempo e nello spazio, con caratteristiche che variano a seconda di come si struttura la relazione di aiuto. Gli individui, le coppie e le famiglie vengono accompagnati a rivisitare la storia personale e familiare, le relazioni, gli eventi più significativi e le cose più care, a connettere mondo interno e realtà esterna, sia in senso concreto e realistico, sia nella dimensione semantica e rappresentazionale. Il viaggio ha un percorso circolare, inizia con la presentazione dei problemi per cui si chiede aiuto, per giungere, dopo aver superato diverse difficoltà, a un approdo come apertura verso nuove opportunità e conquista di una nuova stabilità. La ricerca di un nuovo equilibrio nella vita affettiva e nelle relazioni fa incontrare situazioni imprevedibili da superare e fa scoprire nuovi aspetti di sé e delle relazioni con gli altri. In questo senso, il viaggio è una metafora della vita” (6).

Per concludere vorremmo nuovamente citare Caillé che con grande efficacia ci parla dello spazio intermedio fra paziente e terapeuta: “Il campo terapeutico anima e fa vibrare due mondi inizialmente estranei, È una messa in scena, uno spostamento di specchio, un gioco e uno slittamento perché non bisogna mai credere che lo spazio di chi chiede possa confondersi con quello di chi dà aiuto. Tra loro esisterà sempre una saldatura mobile e transitoria, un’area di gioco che è l’epicentro del campo terapeutico, lo spazio intermedio che non appartiene a nessuno eccetto che all’incontro e il cui ricordo sarà la traccia della terapia” (7).

Bibliografia

1. Bruni F. In viaggio con l’Oca. Matrice relazionale, metodi analogici e terapia narrativa ed. Alpes 2022
2. Bruni F. “La polifonia della terapia familiare nell’esperienza dei terapeuti del Centro Studi”, in *Ecologia della Mente*, 27, 2 2004
3. Bruni F., Caruso S., Caspani S., Polimeno A, Ramella Benna S. I destini incrociati e la psicoterapia: una suggestione analogica *Psicobiiettivo - volume XXVII - 1-2007*
4. Caillé P. Rey E. Gli oggetti fluttuanti. Metodi di interviste sistemiche. Armando editore Roma 2005
5. Di Fazio F. La comunicazione nel gioco: riflessioni sistemico-relazionali in *La notte stellata. Rivista di psicologia e psicoterapia* n° 1/2021
6. Bruni F. Il viaggio sistemico di Philippe Caillé: metodi analogici e cambiamento in psicoterapia” *Ecologia della mente - Vol. 1 / 2011*
7. Caillé P. Rey E. Gli oggetti fluttuanti. Metodi di interviste sistemiche. Armando editore Roma 2005

L'APPROCCIO SISTEMICO RELAZIONALE NELLE DIPENDENZE PATOLOGICHE

Barbara B., Asaro M.

Dipartimento Dipendenze Patologiche SerD Alcamo - Italy

*"Ho sempre inteso le dipendenze tutte,
come il tempo del sempre uguale,
un tempo che paradossalmente si pietrifica sempre
più nel disperato tentativo di modificare
una realtà insostenibile"
(Aurilio, 2021).*

Il Disturbo correlato ad abuso di sostanze e comportamenti di addiction è sempre più in forte espansione a causa delle caratteristiche sociali, ambientali e culturali che sono proprie della nostra società.

Negli ultimi decenni, contemporaneamente alla grande diffusione dei disturbi da polidipendenza, sono stati condotti, in ambito sistemico-relazionale, studi e ricerche rivolti a famiglie che presentano un membro affetto da tale problematica (L. Cancrini, S. Cirillo, M.G. Cancrini, S. Mazzoni, ecc.)

A partire dai primi studi di Minuchin e Haley fino ai più recenti contributi (Frisina, Scurti e altri), la dipendenza è stata considerata non solo come espressione di un disturbo isolato della personalità dell'adolescente e del giovane adulto, ma anche e soprattutto come fenomeno sintomatico di una più ampia problematica familiare.

"Guardando" attraverso l'ottica sistemico relazionale di cui ci serviamo, la relazione con i familiari, la disfunzionalità del sistema, il ruolo di paziente designato e la lealtà verso la propria famiglia, sono tutte variabili importantissime rispetto alla possibilità di cambiamento e di "guarigione".

"Solitamente le persone dipendenti non arrivano in terapia direttamente per smettere, ma piuttosto perché la soluzione che hanno trovato (alcol, medicine, gioco, cocaina, ecc.) alla loro sofferenza inizia a funzionare meno di prima; non è detto però che siano pronti a lasciarla. L'ambivalenza che la domanda del paziente presenta è un riflesso quindi della duplicità della dipendenza, allo stesso tempo veleno e medicina".

Così Maurizio Frisina (2020) nel suo libro "Sul bordo del caos", comincia a delineare il lavoro con questa tipologia

di pazienti, attraverso una visione sistemica della dipendenza, non solo come modalità distruttiva per il sistema, ma anche come rimedio, quello che il soggetto e il suo sistema familiare sono riusciti a trovare come forma di equilibrio disadattivo. Va da sé che da un punto di vista terapeutico non è semplice "togliere il rimedio" e modificare l'equilibrio, e che ogni movimento, sia di collaborazione ma anche di "fuga dalla terapia", è prodotto dall'intero sistema di cura e non è certamente solo azione del paziente "dipendente".

"La clinica delle dipendenze, da oltre 15 anni, mi rimanda costantemente alla questione del rapporto tra limiti e libertà, tra appartenenza e differenziazione, tra ripetizione e cambiamento. Nei percorsi di terapia con i pazienti, alcune domande ritornano continuamente: fino a che punto possiamo fare a meno di ciò che è centrale per noi? In che modo contribuiamo a chiuderci in storie e in posizioni relazionali da cui non riusciamo più ad uscire? Come mai preferiamo rassicurarci nelle ripetizioni di un comportamento conosciuto, seppur disfunzionale, piuttosto che addentrarci in un terreno inesplorato? Perché a volte abbiamo bisogno di attraversare un limite, per poterlo vedere?" (M. Frisina 2022).

Possiamo definire "dipendenza" quel processo che avviene nel sistema, nella misura in cui c'è perdita di libertà in relazione a una sostanza o a un comportamento. La persona dipendente perde la capacità di fare delle scelte rispetto a quando, in che misura, in quali contesti mettere in atto un comportamento (bere, giocare, usare droga, ecc.) e questo diventa modalità comunicativa e relazionale funzionale a tutto il sistema. In questo senso, non essendo più in grado di mettere alcun limite, il soggetto diventa assoggettato ad una particolare sostanza o ad uno specifico comportamento e tutto il sistema familiare si muove e reagisce nel mantenimento del sintomo.

Come ben sintetizza Scurti (2023) "Le dipendenze patologiche, che si solidificano in sostanze e/o in comportamenti additivi (gioco d'azzardo, gaming, internet disorder, ecc.) hanno la potenza devastante di mille tornado e rivelano la consistenza reale di un sistema familiare; perchè se è vero che una famiglia si organizza davanti a un problema è altresì vero che essa dissolve ogni proclama di onnipotenza e narcisistica velleità di perfezione di fronte alla dipendenza. Il senso di fallimento, l'incorparsi reciproco a suon di accuse sputate in faccia, rendono impossibile il disincaglio dei protagonisti dai rispettivi ruoli. Tutti vittime e tutti carnefici: una danza macabra che consegna il sistema familiare portatore di patologia da dipendenza (DP) all'immobilismo totale" (P. Scurti 2023).

La diagnosi relazionale, diversa dalla fotografia statica fornita dalla diagnosi nosografica, mira a comprendere il

significato funzionale del sintomo all'interno del sistema e come esso viene attivamente mantenuto dall'organizzazione, quale soluzione migliore che il sistema ha trovato per mantenere un equilibrio, seppur disfunzionale. L'organizzazione omeostatica della dipendenza investe i diversi ambiti di funzionamento della persona dipendente, e modifica profondamente la rete di relazioni in cui è immersa (Moscato e Varescon 2021; Rigliano 2015, Anastassiou 2003). La perdita di libertà del membro dipendente si estende pian piano a tutto il sistema familiare, che comincia a mettere in atto dinamiche interattive di co-dipendenza, con l'illusione di poter controllare l'altra persona, di desiderare al posto suo che smetta, di poter mettere dei confini ai suoi comportamenti.

Proprio queste dinamiche interattive e questo precario equilibrio proveremo a descrivere nella vignetta clinica che delinea la condizione di sofferenza del sistema familiare di Vincenzo, un giovane "affetto" da gioco d'azzardo patologico.

Vincenzo ha 30 anni, chiede inizialmente un aiuto personale per il suo comportamento di gioco patologico e cerca una soluzione "immediata" alla sua dipendenza, ma accetta di lavorare con la sua famiglia per affrontare il problema che fa soffrire e blocca tutti, e non permette di fare progetti per il futuro. Chiede di venire in seduta con la madre e la fidanzata (esclude il padre separato da 7 anni dalla madre e una sorella maggiore coniugata). La coppia di fidanzati, nel passato, aveva tentato di convivere, ma a causa del gioco e delle difficoltà economiche conseguenti, non era stato possibile sostenere le spese di affitto e di sostentamento ed erano rientrati a casa della madre di lui. Al primo incontro arrivano con molto ritardo: Vincenzo si posiziona ad un estremo come la madre, lasciando la sedia centrale a Maria, la giovane fidanzata. Vincenzo racconta di sé che lavora nel campo della ristorazione e che ha come hobby la pesca.

Durante queste battute iniziali, appare in imbarazzo e fa fatica ad esprimere qualcosa su di sé senza parlare del suo disturbo.

Sembra poco rilassato, sta seduto in punta alla sedia come se dovesse andare via da un momento all'altro, appoggiando i gomiti sulle ginocchia, e guarda dritto la fidanzata quando deve rispondere. Maria ha 22 anni, è diplomata e fa diversi lavori, dalla parrucchiera fino ai lavori stagionali come, ad esempio, la raccolta delle olive, ma le piacerebbe raggiungere in futuro obiettivi più concreti e sicuri; appare energica come traspare dal suo tono di voce squillante ed è a suo agio. La madre ha 63 anni, si presenta stanca, dimessa, silenziosa; non lavora ma accudisce la casa e soprattutto si dà il cambio con Maria per seguire e "controllare" il figlio. Il clima emotivo della seduta è denso di emozioni negative: senso di impotenza, preoccupazione, ansia, rabbia anche

se Vincenzo continua ad ascoltare come uno spettatore immobile mentre le due donne parlano di lui come se non fosse presente. Maria sostiene che il fidanzato da quando 7 anni prima i suoi genitori si sono separati è diventato vulnerabile, ha anche avuto bisogno di farmaci antidepressivi, ma che da circa 2 anni ha dilapidato tantissimi soldi al gioco. Chiediamo cosa succedeva circa 2 anni fa ed emerge che dopo il loro fidanzamento avvenuto da poco più di due anni, Maria scopre di avere un linfoma e di aver fatto delle cure chemioterapiche molto dolorose. Continua a sottoporsi a frequenti controlli per scongiurare una recidiva. Rispetto invece alla separazione dei genitori di Vincenzo, emerge una relazione coniugale molto conflittuale e un comportamento del padre violento e dipendente da alcool.

Il gioco per Vincenzo è uno sfogo, è un modo per scaricare l'ansia e i pensieri "paranoici". Ben presto tra i due fidanzati si innesca un'escalation e osserviamo che quanto più Maria riferisce di sentirsi stanca, di aver perso la pazienza e di non riuscire a tollerare la situazione, tanto più Giuseppe diventa nervoso, arrabbiato e preferirebbe essere lasciato in pace.

Vincenzo è arrabbiato anche con la madre perché quest'ultima lo controlla in tutto, gestisce il suo denaro e lo considera incapace di poter decidere le sue cose.

Il ragazzo così sembra trovarsi tra due fuochi, la fidanzata e la mamma; questa constatazione fa emergere la domanda su quale è la sua posizione attuale e sulla posizione che invece vorrebbe assumere e lui risponde che, in quanto figlio maschio, vorrebbe dare a sua madre tutto ciò che suo marito non le ha dato. Quando proviamo a spostare la fidanzata dalla posizione centrale e a mettere Vincenzo accanto alla madre cambiano gli equilibri: Vincenzo appare disorientato e preoccupato da questo cambio di posizione; forse la centralità di Maria è utile non solo a lui ma anche alla madre.

Approfondendo ciò che intende Vincenzo per "volere fare" per la madre, dice di essere molto preoccupato per lei visto che è rimasta sola in casa; al contrario la signora trova questa nuova condizione abbastanza confortevole perché riferisce di volere più spazio per sé e maggiore serenità. Il cambio di posizione permette a tutti di vedere le cose in modo più realistico: aldilà dei desideri, i progetti per il futuro oggi sono impensabili e impossibili da realizzare. Si può solo rimanere tutti insieme a soffrire in un equilibrio doloroso ma funzionale.

"L'utilizzo dello spazio mette in evidenza il diritto all'individuazione: il terapeuta può creare cambiamenti spaziali, come appunto separare le sedie, spostare un membro della famiglia per impedirgli di cogliere suggerimenti paraverbali, o sedere egli stesso tra due membri della famiglia che abitualmente si controllano a vicenda. Il terapeuta può usare le mani (come strumento non verba-

le) come un vigile per creare un'impressione fisica di separazione" (Minuchin, 1980).

Riprendendo dal criterio di circolarità, possiamo affermare che il sintomo del paziente non è un effetto passivo di disfunzione del sistema interpersonale in cui compare, ma assumendo un significato di comunicazione, gioca un ruolo attivo e retroattivo nel mantenere in modo omeostatico le caratteristiche disfunzionali del sistema familiare. In ottica sistemico-relazionale, il sintomo diviene una modalità di interazione con gli altri significativi, finalizzata ad assumere il controllo della relazione, talvolta in accordo implicito con le altre persone coinvolte nella relazione stessa.

Il sintomo svolge una particolare funzione all'interno del sistema familiare, esprime la disfunzione di tale sistema e, contemporaneamente, lo mantiene stabile.

Tutti i membri traggono vantaggio dal sintomo, non soltanto il paziente designato; il comportamento sintomatico, che di solito è presentato come il problema, non riguarda solo il soggetto che lo manifesta, ma l'intero sistema, ed è considerato come una risposta ad una situazione, per la quale il sintomo è funzionale.

La separazione dei genitori, voluta dalla madre, è stato un fatto inatteso per tutti i membri di questa famiglia, compreso Vincenzo e ciò ha suscitato in lui sentimenti di rabbia.

L'effetto pragmatico del sintomo è quello di non lasciare da sola sua madre, permettendole di occupare il suo tempo con la gestione del denaro e del suo comportamento di gioco problematico.

Inoltre, il sintomo del nostro paziente designato può essere utile:

- A Vincenzo stesso per punire la madre con il suo comportamento patologico e per distrarre Maria dai suoi problemi di salute.

- Alla madre per avere un ruolo controllante e per non andare in depressione una volta che Vincenzo andrà via di casa. Controllare il figlio, gestire il suo denaro è un mood per occupare il suo tempo.

In modo circolare, più la madre è rigida e controllante più Vincenzo perde il controllo.

- Alla fidanzata Maria per distrarsi dalla sua malattia e per essere la "salvatrice" di Vincenzo dalla sua patologia di gioco.

Possiamo confermare che il sintomo di Vincenzo è protettivo nei confronti del sistema: la sua sintomatologia permette un'operazione di distrazione di massa: nello specifico distrae tutti i membri dalla propria sofferenza. Il dolore è tanto grande che Vincenzo deve far sì che la famiglia lo dimentichi; la strategia che utilizza non è la migliore ma è l'unica che è riuscito a trovare da solo.

Vincenzo è incastrato nella sua famiglia d'origine e non è riuscito a svincolarsi. Oscilla continuamente tra due

grandi bisogni: il bisogno di appartenenza al sistema familiare che gli ha dato la vita e il bisogno di differenziazione, ma non è riuscito a trovare una conciliazione tra le due spinte opposte, percependo un senso di colpa sia che faccia un tentativo di movimento verso l'uno o l'altro versante, con il risultato di un blocco nel suo percorso di vita e lo svilupparsi di una dipendenza.

Il lavoro per una parte della terapia con i due sottosistemi separatamente, permette di approfondire la storia tri-generazionale della famiglia da un lato e le relazioni nell'inc et nunc della coppia dall'altro, ma anche di avviare la differenziazione e l'individualizzazione di Vincenzo che ad un certo punto retroattivamente risponde con un acting molto grave: ruba la carta di credito della madre e gioca tutti i suoi risparmi.

La madre arrabbiata lo caccia via e lo manda a vivere a casa del padre. Anche Maria è furiosa con Vincenzo, decide di lasciarlo e di tornare a vivere a casa sua. Il comportamento sintomatico di Vincenzo produce alcuni cambiamenti all'interno del sistema familiare:

- Si ripresenta la relazione padre-figlio: la madre arrabbiata lo caccia di casa e lo affida al padre, con cui, fino a quel momento, non aveva avuto più rapporti dalla separazione;

- Maria lascia l'abitazione della suocera e ritorna a vivere con suoi genitori; cambia casa proprio nel periodo in cui ritorna il padre dalla Svizzera, assente dalla Sicilia da più di un anno per motivi di lavoro;

- La madre trova un lavoro come badante che la occupa molte ore del giorno e della notte.

L'aggravarsi del sintomo di Vincenzo ha prodotto degli effetti significativi in tutto il sistema; il sintomo pur insopportabile e stigmatizzato come vizio, è stato fino ad oggi utile e protettivo. "Alcuni cambiamenti esterni possono temporaneamente "rompere" la forma emergente del sistema, che tenderà però a ricostituirsi: per esempio, la configurazione di uno stormo di uccelli perturbata dall'avvicinamento di un possibile predatore tende a tornare allo stato precedente. Quando però le perturbazioni oltrepassano una soglia critica il sistema perde il suo ordine e attraversa una fase di instabilità, fino all'emersione di una nuova forma o configurazione (Frisina 2020).

L'aver alzato il tiro da parte di Vincenzo fa emergere gli attacchi di panico di cui soffre Maria, dei quali non aveva mai parlato, facendo intravedere tutta la sua fragilità celata dal comportamento rigido di controllo che metteva in atto nella situazione precedente. Infatti "I comportamenti del partner spesso assumono forme di controllo e sorveglianza cui il paziente dipendente spesso risponde con degli atti di trasgressione che alimentano a loro volta il controllo di cui sono risposta" (Frisina 2020).

Il sintomo trasgressivo di Vincenzo che aveva il senso di

distrarre tutti ma anche di non rendersi autonomo, incapace di un progetto di vita, dipendente dalla famiglia, gli permetteva di presidiare casa e di evitare la solitudine e la depressione della madre, rimasta sola in seguito alla separazione del marito. Era anche un tentativo di soluzione nella relazione con una partner che aveva bisogno del ruolo di "forte", di "sicura", per contrastare la fragilità datale dalla patologia oncologica e di permetterle di attribuire la causa dell'impossibilità di un progetto futuro all'incapacità del partner piuttosto che alla "cattiva sorte" che le era capitata e all'esito incerto della sua malattia. Murray Bowen guarda alla famiglia come un luogo nel quale si sviluppa la massa indifferenziata dell'io familiare, un'identità emotiva conglomerata il cui grado di intensità determina il livello di coinvolgimento di tutti i membri della famiglia e le possibilità di svincolo e differenziazione del sé di ciascuno.

Per Vincenzo il distacco emotivo da una madre così fortemente provata da una relazione maltrattante sembra impossibile. Deve addirittura dilapidare tutti i suoi risparmi per costringerla a mandarlo via di casa, creando proprio un distacco fisico, doloroso ma necessario. Inoltre la madre "libera" dalla presenza del figlio e dalla loro relazione totalizzante si consente la possibilità di un lavoro e di una autonomia mai avuta e questo in maniera circolare permette a Vincenzo di partire e cercare fortuna in una città del nord Italia, dimostrando anche di esserne capace.

Il problema portato da Vincenzo e dalla sua famiglia è quello del gioco patologico che svuota le loro tasche e crea una relazione disfunzionale del tipo trasgressione/controllo.

Il problema che emerge dalla terapia familiare è soprattutto il mancato svincolo di Vincenzo, giovane adulto rimasto arrabbiato ed incastrato dopo la separazione conflittuale della coppia genitoriale, preoccupato dalla solitudine della propria madre e dalla percezione della sua fragilità, incapace di immaginare la possibilità di una crescita e di una realizzazione personale e professionale. Ci riferiamo a quella condizione evolutiva per cui un giovane adulto non riesce a fare il distacco dalla famiglia, un salto che lo proietta nel futuro, restando nella condizione di figlio anche in una fase di sviluppo in cui ci si aspetta che possa raggiungere una differenziazione dalle figure genitoriali e una propria individuazione.

L'eccessiva dipendenza e il fallimento sono il prezzo che si pagano pur di rimanere a presidiare casa, per assicurarsi la vicinanza e la sicurezza dei genitori, rimanendo leali alla propria appartenenza. Il figlio per diventare adulto deve accettare di separarsi, di ridefinire la propria relazione con i familiari che a loro volta dovranno fare i conti con il distacco del figlio e l'accettazione di sentirsi più soli.

Spesso, non riuscendo a separarsi fisiologicamente, il figlio può mettere in atto un vero e proprio taglio emotivo, una interruzione brusca del rapporto, senza un graduale processo di separazione. Questa condizione spesso produce uno stato esistenziale che influenza e rende difficili le relazioni familiari.

Negli anni '70 Haley definisce "ciclo di vita" il percorso naturale che ciascuna famiglia segue nel corso degli anni. Uno dei periodi più critici è proprio il passaggio di individuazione e svincolo dei figli, soprattutto oggi in cui si sono allungati i tempi per entrare nel mondo del lavoro.

Spesso le famiglie più rigide, poco comunicative e con relazioni disfunzionali presentano grossi problemi di separazione, contribuendo tutti, in maniera circolare, a bloccare il percorso evolutivo. Come dice Canevaro: "la mancanza di armonia tra le generazioni e la presenza di certi blocchi evolutivi, impediscono la trasmissione dei sistemi di valori attraverso le persone" (Canevaro, 2010). Nella nuova città Vincenzo si attiva, lavora, mette su la sua casa, riesce a gestire una parte dei soldi, l'altra parte viene restituita alla madre per saldare il debito. La terapia continua in maniera online solo con madre e figlio; Maria ritorna ad essere figlia e a occuparsi dei suoi problemi di salute. "Un sistema anche quando cambia e si dà una nuova omeostasi, conserva in memoria il funzionamento precedente. Può quindi scivolare di nuovo verso la forma e l'equilibrio di prima, incentrato sull'attrattore sostanza (gioco). La differenza risiede tutta in come reagisce: rialzandosi e continuando il nuovo cammino o lasciandosi cadere inesorabilmente all'indietro e verso il fondo" (Frisina 2020).

Noi speriamo che invece abbiano trovato una nuova strada più soddisfacente e soprattutto che la condizione di dipendenza che schiacciava Vincenzo creando lo stigma del "vizioso", di colui che sarà incapace di immaginare una vita in autonomia, attraverso il lavoro sistemico possa trovare un altro senso, possa essere visto, allargando lo sguardo come un incastro in cui tutti erano finiti e che tutti mantenevano. "In una prospettiva sistemica, nella misura in cui le dinamiche dipendenti si estendono al resto del sistema, è importante allargare il nostro sguardo per poter cogliere non solo le funzioni individuali del prodotto, ma anche le funzioni relazionali. Ovvero, cercare di capire in che modo la sostanza (comportamento) diventa un meccanismo di gestione della relazione, fino a essere "il terzo" attraverso cui ogni scambio passa" (Frisina 2022).

Bibliografia

- Anastassiou, V. Les distorsions des fonctions parentales dans le système alcoolique. *Alcoologie et Addictologie*, 25(3) 2003
- Aurilio R. in Scurti P. *Psicoterapia delle Dipendenze Contesti, percorsi e strumenti terapeutici* Franco Angeli 2021 Milano
- Canevaro A: *Quando volano i cormorani*. Roma Ed. Borla 2010
- Frisina, M. *Sul bordo del caos: Complessità, terapia sistemica e dipendenze*. Milano: Mimesis 2020
- Frisina, M. *La coppia codipendente alla prova dell'astinenza*, Quaderni della SIRTIS (Società Italiana di Ricerca e Terapia Sistemica) n. 3/2022
- Minuchin, S. *Famiglie psicosomatiche*. Astrolabio, Roma 1980
- Moscato, A., Varescon, I. *Vieillessement et aide à domicile en France: les conduites d'alcoolisation et les substituts parentaux*, Quaderni SIRTIS, 2: 34-39. 2021
- Rigliano, P. *Doppia diagnosi. Tra tossicodipendenza e psicopatologia*. Firenze: Raffaello Cortina 2015
- Scurti P. *Addiction e sistemi familiari: i legami di sangue nella dipendenza patologica in Approccio proattivo e precoce nelle dipendenze. Obiettivi, contesti di intervento e pratiche* Franco Angeli 2023



ALISSITIMIA E GIOCO D'AZZARDO PATOLOGICO

Barbara B.

*Dipartimento Dipendenze Patologiche Ser,D Alcamo -
Alcamo - Italy*

*Ma per evocare emozioni sì semplici,
la minima parola gli costava mille pene.
"Dottore, diceva, vorrei imparare ad esprimermi."
A. Camus, La Peste*

“L'adozione rappresenta l'incontro tra due mondi, tra contesti differenti, tra istanze evolutive diverse la cui complementarità è tutta da costruire. Due vicende di perdita, quella del bambino privo di affetto e quella di due adulti alla ricerca della genitorialità, nonché il desiderio di ricevere/dare il dono dell'accoglienza e dell'accudimento, sono la traccia e la sfida di una realtà che non necessariamente potrà evolvere con facilità. È diffusa tra gli operatori dei servizi socio-sanitari la percezione che l'adozione resti un'esperienza straordinaria con una forte aspettativa riparativa e compensativa, evidentemente declinata in maniera differente dall'adottante e dall'adottato. Tutto ciò che accade, però, non dovrebbe essere letto esclusivamente facendo riferimento alle dinamiche che si verificano all'interno del nucleo familiare. Nella lettura di possibili difficoltà dovrebbero trovare posto infatti le vicende pregresse dei figli adottati e le storie infantili dei genitori adottanti.”

Così Anna Paola Lacatena (1) inizia un interessante articolo pubblicato qualche anno fa su *Mission*, che si occupa di dipendenza patologica e adozione, dal titolo emblematico: “Quando l'amore non basta”. L'autrice oltre ad approfondire il momento in cui l'adottato giunge all'età dell'adolescenza, prova a riflettere sul perché cresce nei servizi che si occupano di dipendenze patologiche il numero di pazienti che riportano l'esperienza dell'adozione. In questo mio lavoro, ripercorrendo la storia di Paolo, giovane di 21 anni, adottato e oggi paziente del nostro SerD per problemi legati ad un uso eccessivo di gioco d'azzardo, provo attraverso la narrazione del nostro percorso a comprendere quali antiche e dolorose esperienze vengono rievocate nell'esperienze di gioco e come quest'ultimo in qualche modo riattiva il nostro giovane paziente dall'alissitimia di cui è portatore.

Al momento dell'arrivo al SerD per una richiesta di aiuto, Paolo sta molto male: ha un debito di 20 mila euro con i genitori che hanno pagato il titolare di un centro scommesse, ma che lui deve risarcire mensilmente. Inoltre soffre di ansia che lo porta ad avere sempre fame d'aria (gola chiusa, timore di soffocare, respiri brevi e faticosi). La sintomatologia ansiosa è insorta da circa un anno in seguito al tradimento e all'abbandono di una fidanzata e al successivo trasferimento in una città tedesca per un lavoro in fabbrica che ha retto per soli 5 mesi per l'insorgere dei gravi sintomi psicosomatici e di un senso di vuoto incolmabile. Le parole condivise “abbandono”, “tradimento”, “solitudine” su mia sollecitazione, riportano alla sua memoria l'esperienza infantile di separazione dai genitori e di permanenza per molti anni in casa famiglia dove ha imparato a “non sentire” le emozioni dolorose di solitudine, di vuoto e di disperazione. Dice che lui non sente niente, neanche l'affetto dei genitori biologici, verso i quali si sente riconoscente, né la vicinanza degli amici, solo “l'adrenalina” dell'attesa della vincita. In realtà per lui non è importante vincere: la vittoria non gli dà particolare gioia, ricerca nuovamente il brivido dell'attesa. Anche la parola “attesa” sollecita in lui dei ricordi legati all'infanzia: quello degli interminabili pomeriggi trascorsi ad aspettare la madre biologica che non arrivava mai, pur avendo promesso di fargli visita, di portarlo via. Dice di non ricordare il motivo per cui il padre avesse il divieto di visita, perché non fosse rimasto a vivere con la madre ed essere stato costretto in comunità fino all'età di 8 anni. Dice di non volerlo neanche sapere, che non desidera neanche capire, che ha cancellato i ricordi. Sembra presentare oltre al problema di perdita di controllo nel gioco anche una notevole alissitimia che rende il suo stile comunicativo sterile e incolore.

Taylor, Bagby e Parker (2), hanno considerato l'alissitimia un disturbo dell'elaborazione degli affetti che interferisce con i processi di auto-regolazione e riorganizzazione delle emozioni. Questo potrebbe spiegare la sua tendenza ad assumere alcuni comportamenti compulsivi come l'abuso di sostanze pregresse, o il gioco attuale, per liberarsi dalle tensioni causate da stati emotivi non elaborati. I soggetti alissitimici assumono spesso una postura rigida, presentano processi immaginativi coartati e tendono ad avere esplosioni di collera, ma se interrogati sui motivi di queste manifestazioni, sono incapaci di dare spiegazioni. Questo perché i soggetti alissitimici, pur mostrando una normale attivazione fisiologica in presenza di emozioni, hanno ridotte capacità di riorganizzare gli elementi che caratterizzano la loro esperienza corporea in una rappresentazione mentale intrapsichica (3-4).

Anche Paolo apparentemente senza emozioni, spesso esplode in una rabbia incontrollata manifestando notevole aggressività verso gli oggetti, senza un motivo

apparente. Inoltre il suo "isolamento mentale", il bombardamento di stimoli attraverso il gioco, sembrano far parte di un processo dissociativo.

"Quando è presente l'alessitimia, cioè un elevato grado di disregolazione affettiva caratterizzato da forti difficoltà nell'identificare e comunicare le proprie emozioni ed un pensiero prevalentemente operatorio, orientato all'esterno, allora è proprio la presenza di una elevata sintomatologia dissociativa che spiega la severità del gambling compulsivo mentre, quando si è in assenza di condizioni alessitimiche, la sintomatologia dissociativa sembra assumere un ruolo di secondo piano. Possiamo quindi ipotizzare che quando non sono in grado di autoregolare i propri affetti e di utilizzarli adeguatamente nei contesti interpersonali, i soggetti GAP ricorrono al comportamento dipendente, e che questa condotta sia essa stessa in qualche modo un sintomo dissociativo volto a modulare gli stati affettivi ed allontanare emozioni non elaborabili, avvertite come traumatiche e sopraffacenti" (5).

L'alessitimia come esito di un trauma infantile può comportare, inoltre, un deficit nello sviluppo affettivo e l'adozione di comportamenti non salutari lungo il corso della vita, come il fumo, l'abuso di alcol o droghe e la sovralimentazione, che gli individui alessitimici traumatizzati spesso utilizzano per regolare gli stati emotivi angoscianti, senza essere consapevoli della loro origine (6).

Infatti, è emerso come essere stati vittime di un trauma precoce abbia diverse conseguenze biologiche tra cui: svariate alterazioni funzionali e/o strutturali nelle aree cerebrali tra cui l'ippocampo e l'amigdala, disregolazione dell'asse ipotalamo-ipofisi-surrene, l'aumento dei marcatori infiammatori in età adulta e modifiche epigenetiche (7). Un altro elemento importante è la tendenza di molti soggetti alessitimici a focalizzarsi eccessivamente, e quindi amplificare conseguentemente, le sensazioni corporee associate all'emotional arousal; questo comporta che gli individui alessitimici interpretino queste sensazioni corporee erroneamente come sintomi di malattia, così da sentire come necessario un consulto medico (8), come per Paolo i sintomi respiratori o la tachicardia che lo ha costretto ad interminabili esami che hanno escluso dei problemi organici e che invece lo hanno portato dallo psichiatra che ha prescritto una terapia ansiolitica. (9)

In conclusione è assodato che le esperienze avverse in età infantile possano determinare un disturbo alessitimico e una carenza di funzione riflessiva e che, in accordo con Caretti e La Barbera (10) le persone affette da addiction (incluso il GAP) soffrono di un disturbo della regolazione degli affetti (alessitimia, incapacità di mentalizzare le emozioni, i sentimenti e gli impulsi) che impediscono loro di regolare e contenere le tensioni interne ed esterne. Solitamente questi soggetti sembrano essere guidati verso la dissociazione e tendono a ricercare stati

alterati di coscienza attraverso comportamenti di dipendenza. (11)

La terapia psicologica offerta deve tendere necessariamente ad ampliare la capacità di mentalizzazione e a ridurre la sfiducia epistemica nell'individuo, cioè quella sfiducia generalizzata dovuta alla distruzione della fiducia di base nei confronti della figura di attaccamento che impedisce ai pazienti di fidarsi poi, tra gli altri, anche del terapeuta. Secondo Fonagy e Bateman (12), è importante che il terapeuta mantenga un atteggiamento investigativo circa gli stati mentali del paziente, al fine di mettere il paziente nella condizione in cui sarà lui stesso a dover ricercare i propri processi psicologici, per poterli spiegare al terapeuta. Questa strategia utilizza la curiosità del paziente e del terapeuta come "ponte" per potenziare la funzione riflessiva circa il sé.

Braehler e Schwannauer (13) sostengono che gli interventi devono avere come obiettivo principale quello di esplorare i sentimenti non mentalizzati di vergogna, paura, perdita, in un contesto terapeutico sicuro e stimolante; tutto ciò è possibile attraverso il potenziamento dell'abilità del mentalizzare. Un paziente che impara a riflettere sulla propria patologia, sui propri sintomi ed episodi di gioco incontrollato, sarà maggiormente in grado di identificare e differenziare i propri stati affettivi, fino ad acquisire, nella migliore delle ipotesi, la capacità di modularli e gestirli.

Fonagy e colleghi (14) hanno individuato diversi elementi che possono essere utili per potenziare la fiducia epistemica come, per esempio, il contatto visivo, l'incarnare un sopracciglio, la reattività contingente (adattata ai comportamenti e stati del paziente). Questi stimoli possono permettere al paziente di ricavare informazioni sull'altro più facilmente, utili a rassicurarlo e motivarlo a continuare.

Alcuni elementi importanti che il terapeuta deve tenere presenti nel lavoro sulla mentalizzazione sono:

1. Interrogarsi costantemente su quali stati mentali interni, propri o del paziente, possano spiegare ciò che accade nell'hic et nunc;
2. Sviluppare un linguaggio che esprima senza alterare anzi dando forma alla complessità delle relazioni e delle motivazioni;
3. Mantenere una posizione terapeutica mentalizzante anche nel contesto di risposte controtransferali che possono indurre ad agire piuttosto che a pensare;
4. Identificare lo stato affettivo dominante esplorando gli stati emotivi del momento;
5. Non suggerire al paziente ciò che sta provando, trasformandosi così in un agente iatrogeno che evoca degli affetti per poi esplorarli come se fossero originali. Un affetto deve prima essere riconosciuto dal paziente all'interno della relazione terapeutica;

6. Il focus è sulla situazione attuale e come questa è influenzata dagli eventi passati piuttosto che sul passato in sé;
7. Gli eventi pregressi devono essere riconnessi al presente;
8. Durante intensi stati emotivi (ad es correlati al ricordo di un'esperienza traumatica) interventi pacati e concisi sono più efficaci;
9. Individuare nel presente l'oggetto di un sentimento di rabbia e non lasciarlo sospeso nel passato (15).
Il paziente che ripone fiducia nel suo terapeuta ha la possibilità di entrare in contatto con gli stati mentali propri e dell'altro; in secondo luogo, questa possibilità gli permetterà di potenziare la mentalizzazione, potendo riflettere gli stati mentali dell'altro; da ultimo, ciò comporterà una diminuzione dell'ansia e dell'ipervigilanza, favorendo l'apprendimento di nuove abilità relazionali (16).
Va da sé che una migliore capacità di mentalizzare e di entrare in contatto con le proprie emozioni permetteranno al paziente di non ricorrere al gioco compulsivo per liberarsi dalle tensioni causate da stati emotivi non elaborati e dissociati.

Bibliografia e Sitografia

1. Lacatena A.P. Drug Abuse (DA), Dipendenza patologica e Adozione. Quando l'Amore non basta in Mission 50, 2018
2. Taylor G.J., Parker J.D.A Bagby R.M. Disturbi della regolazione affettiva. L'alessitimia nelle malattie mediche e psichiatriche. Giovanni Fioriti Editore, Roma 2000.
3. Parker, JDA, Taylor, GJ, Bagby, RM. (1993). Alexithymia and the recognition of facial expressions of emotions. *Psychother Psychosom*, 59:197-202.
4. Kristal, H. (2007). Affetto, trauma, alessitimia. Magi Edizioni Roma
5. Disregolazione affettiva possibile causa di ludopatia in Redazione OPs, in Tecnologie e scienza <https://opsonline.it/>
6. Luminet, O., Bagby, R. M., & Taylor, G. J. Alexithymia. *Advances in research, theory and clinical practice* (2018) Editore:Stampa dell'Università di Cambridge
7. Nemeroff, C. B. & Seligman, F. (2013). The pervasive and persistent neurobiological and clinical aftermath of child abuse and neglect. *Journal of Clinical Psychiatry*, 74
8. Maunder, R. G., Hunter, J. J., Atkinson, L., & al. (2017). An attachment-based model of the relationship between childhood adversity and somatization in children and adults. *Psychosomatic Medicine*, 79.
9. <https://www.stateofmind.it/2022/11/alessitimia-disturbi-correlati/>
10. Caretti V., & La Barbera D., (2005). Alessitimia, valutazione e trattamento. Roma, Astrolabio
11. Relazione tra Gioco d'Azzardo Patologico, alessitimia, sintomi dissociativi e impulsività: un confronto tra un gruppo di giocatori in trattamento e un gruppo di controllo Giuseppe Iraci Sareil e Alessio Gori - Gruppo Incontro di Pistoia. Progetto Altro Azzardo. - Gruppo Incontro di Pistoia Italian Journal on Addiction Vol. 2 Numero 3-4, 2012
12. Bateman, A.W., Fonagy, P. (2006), Guida pratica al trattamento basato sulla mentalizzazione per il disturbo borderline di personalità. Tr. it. Raffello Cortina, Milano
13. Braehler, C., & Schwannauer, M. (2012). Recovering an emerging self: Exploring reflective function in recovery from adolescent-onset psychosis: Recovering an emerging self. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 85(1), 48-67. <https://doi.org/10.1111/j.2044-8341.2011.02018.x>
14. Fonagy, P., Luyten, P., Allison, E., & Campbell, C. (2019b). Mentalizing, Epistemic Trust and the Phenomenology of Psychotherapy. *Psychopathology*, 52(2)
15. https://www.doccity.com/it/il-trattamento-basato-sulla-mentalizzazione-prof-caverzasi-unipv/7085374?utm_source=generic&utm_medium=button&utm_campaign=document_share
16. Fonagy, P., & Luyten, P. (2018). Attachment, mentalizing, and the self. In *Handbook of personality disorders: Theory, research, and treatment*, 2nd ed: The Guilford Press.

TREKKING URBANO: UN VIAGGIO VERSO LA RINASCITA E LA CONSAPEVOLEZZA

Vidal Tagliapietra M.^[1], Seno L.^[1], Cama M.^[2],
Tono A.^[1], Rudatis A.^[3], Campo A.^[3], Zerbin T.^[3],
Margutti E.^[4]

^[1]AULSS 3 Serenissima UOS SerD Venezia Chioggia -
Venezia - Italy,

^[2]Ex dipendente UOS SerD AULSS 3 Serenissima Venezia
Chioggia - Venezia - Italy,

^[3]Consulente esperto - Venezia - Italy,

^[4]Responsabile UOS SerD AULSS 3 Serenissima Venezia
Chioggia - Venezia - Italy

Esplorare il proprio territorio per ritrovare se stessi

Introduzione

Avviato nel maggio 2021, il progetto promuove il benessere psicofisico e sociale mediante esplorazioni culturali e pratiche come la Mindfulness e il Tai Chi. Nel convegno del marzo 2024 "Attraverso l'Esplorazione 4.0", tenutosi a Venezia, sono stati evidenziati effetti positivi nella riduzione dell'isolamento e nella crescita personale.

Target

Il progetto si rivolge principalmente a persone con diagnosi di disturbo da gioco d'azzardo (DGA), estendendosi anche a coloro con disturbi da uso di sostanze (DUS) e uso di alcol (DUA) che mostrano sufficiente adesione al percorso terapeutico e, da quest'anno, a persone con dipendenza da tabacco.

Metodi

Il progetto adotta un approccio olistico alla riabilitazione, combinando attività fisiche e culturali, laboratori sensoriali e attività terapeutiche per migliorare il benessere fisico, mentale e sociale dei partecipanti.

Struttura del Modulo

Il progetto "Trekking Urbano" prevede circa otto uscite di gruppo annuali e, dal 2021 a oggi, ha coinvolto circa cinquanta pazienti adulti, uomini e donne, di età compresa tra i 29 e i 70 anni, accompagnati da operatori del Servizio per le Dipendenze (SerD). In alcuni casi, è stato possibile includere anche familiari, anche quando non

era previsto il coinvolgimento diretto del paziente.

Il programma è articolato in visite guidate, sessioni di Mindfulness e/o Tai Chi condotte da esperti nel campo, proposti in differenti contesti: musei, giardini pubblici e privati, oasi naturalistiche.

La durata del modulo è di circa cinque ore e prevede una prima parte di visita guidata, a seguire la pratica di Mindfulness e/o Tai Chi, concludendosi con un momento di condivisione, circolarità e convivialità sull'esperienza vissuta.

Obiettivi e Risultati

L'obiettivo principale è promuovere nuove connessioni mediante attività artistico-culturali integrate a pratiche corporee, favorendo nuovi equilibri tenendo presente l'approccio del bottom-up (Kester G. H., 2011).

I principali risultati osservati si possono così sintetizzare:

- **Inclusione e Collaborazione Multidisciplinare:** coinvolgimento di vari soggetti (pazienti, operatori sanitari, consulenti ed esperti) che hanno favorito un ambiente inclusivo e stimolante, facilitando la condivisione di conoscenze e prospettive diverse (WHO, 2010).

- **Socializzazione e Formazione di Legami Significativi:** le escursioni in luoghi di interesse culturale e naturalistico hanno favorito la socializzazione e la formazione di legami significativi, contrastando la solitudine associata alle dipendenze.

Il progetto ha creato nuove occasioni di socializzazione e ha generato legami autentici, cruciali per il recupero dalle dipendenze (Miller & Rollnick, 1991). Le attività condivise hanno promosso un senso di comunità e supporto reciproco.

- **Esplorazione Culturale e Sensibilizzazione al Territorio:** le escursioni culturali e naturalistiche nel territorio veneziano hanno coinvolto attivamente la comunità locale, aumentando la visibilità del progetto e favorendo il supporto da parte della cittadinanza (Intesa di collaborazione Progetto "Chiama & Vinci" e "MUVE", 2024).

- **Espressione Artistica e Creatività come Veicoli Terapeutici:** implementazione di laboratori sensoriali e attività creative che hanno consentito ai partecipanti di esprimere liberamente le proprie emozioni, promuovendo l'autodeterminazione, la fiducia in sé stessi e la creatività (Sonke, J., Rollins, J., Brandman, R., & Graham-Pole, J., 2019).

L'espressione artistica è stata utilizzata nel progetto come veicolo terapeutico, in linea con le teorie della terapia artistica che sottolineano l'importanza della creatività e dell'espressione emotiva per la salute mentale (Malchiodi, 2013). I laboratori sensoriali e le attività creative hanno offerto ai partecipanti un modo sicuro per esplorare e esprimere le proprie emozioni, contribuendo alla loro crescita personale e alla resilienza.

- **Promozione dell'esercizio fisico in ambiente naturale attraverso il trekking urbano:** è stata un'opportunità per gli operatori e i pazienti di sperimentare una pratica nota per i suoi benefici. Tale forma di attività definita come "esercizio verde", può ridurre lo stress, migliorare l'umore e aumentare la vitalità (Pretty et al., 2005). Questo è in linea con la ricerca che mostra che l'attività fisica regolare può migliorare la salute mentale e fisica, ridurre i sintomi di depressione e ansia, e aumentare la qualità della vita (Parks, Housemann & Brownson, 2003).

- **Miglioramento della Salute Fisica e Mentale:** promosso attraverso la pratica corporea integrata di Mindfulness e Tai Chi. La Mindfulness è evidenziata nella letteratura come una pratica per imparare un po' alla volta a sentirsi più in armonia con ciò che succede e può ridurre l'ansia e la depressione, migliorare la regolazione emotiva e aumentare la consapevolezza corporea e mentale (Baer, 2006; Kabat-Zinn, 1994). L'integrazione di sessioni di Mindfulness nel Trekking Urbano ha aiutato i partecipanti a sviluppare una più sana gestione delle loro emozioni e una consapevolezza delle loro sensazioni fisiche e mentali.

Il Tai Chi, noto per i suoi benefici sul sistema nervoso e per la promozione della neuro plasticità, si è mostrato come un'altra componente fondamentale del progetto (Jahnke et al., 2010). La pratica regolare del Tai Chi può migliorare la propriocezione, la consapevolezza corporea e contribuire a ridurre lo stress e l'ansia, migliorando la qualità del sonno e la salute mentale (Daniele, Lanaro & Chiera, 2018).

- **Esplorazione e Arricchimento Personale:** le esperienze culturali e artistiche hanno arricchito la mappa cognitiva e il territorio di riferimento dei partecipanti, offrendo nuove prospettive e strumenti per il recupero contrastando lo stigma interno ed esterno (Serrano M., 2007; Corrigan, P. W., & Watson, A. C. 2002).

- **Prevenzione delle Ricadute:** l'arricchimento culturale e artistico offerto dal progetto ha fornito nuovi interessi e strumenti per i partecipanti, aiutando a prevenire le ricadute. Le esperienze culturali e artistiche hanno ampliato le prospettive di vita dei partecipanti, offrendo nuove e più sane fonti di piacere e soddisfazione (Pretty et al., 2005). Questo è supportato dalla teoria della neuro plasticità, che suggerisce che l'apprendimento di nuove abilità e l'esposizione a nuovi stimoli possono ristrutturare il cervello favorendone il recupero (Davidson, 2012).

- **Documentazione e Condivisione;** l'allestimento di mostre fotografiche aperte al territorio e la creazione di un video finale che hanno documentato l'esperienza vissuta all'interno del progetto sono servite non solo come strumenti di riflessione e celebrazione per i partecipan-

ti, ma anche come modo per condividere le loro storie con una comunità più ampia. L'esperienza può essere utilizzata come strumento di comunicazione e marketing per sottolineare l'impatto positivo del progetto ai potenziali finanziatori (Brown A. M., & Hume M., 2012). Questo processo di documentazione e condivisione può rafforzare il senso di realizzazione e connessione dei partecipanti, promuovendo ulteriormente la loro crescita personale e il recupero.

Aspetti qualitativi che emergono dalle testimonianze dirette.

Al termine della terza annualità del progetto sono state raccolte delle testimonianze formulando due domande a coloro che hanno collaborato alla realizzazione del progetto e ai partecipanti (operatori del SerD, utenti ed esperti).

Queste le domande/riflessioni proposte:

1. Qual è stata la tua esperienza nella co-progettazione con gli operatori del SerD e come ha arricchito il risultato finale?
2. Nel Progetto di Trekking Urbano, come hai vissuto l'incontro con il "bello" e l'esperienza corporea?

Per ciascuna risposta è stato previsto un tempo massimo di cinque minuti; le risposte sono state raccolte mediante registrazioni audio e successivamente inserite all'interno di un video che riproduceva alcuni scatti di vari momenti dell'esperienza e una sintesi finale per evidenziare il filo conduttore delle testimonianze stesse.

Di seguito un estratto di alcune testimonianze

Testimonianze di alcuni partecipanti:

Pazienti

- **Alessandro:** "Il Progetto Trekking Urbano è nato per prevenire le ricadute e ha rappresentato per me un incontro con il bello e con l'esperienza corporea attraverso la cultura e l'arte. Le pratiche di Mindfulness sono state particolarmente arricchenti, soprattutto nel confronto con gli altri partecipanti. In un periodo di isolamento, questa esperienza mi ha arricchito profondamente dal punto di vista umano e personale. Raccomando questa bellissima esperienza a tutti."

- **Andrea:** "Ho aderito con entusiasmo al Trekking Urbano, trovandolo ricco di esperienze culturali e naturali. Ho visitato musei e partecipato a pratiche come la Mindfulness e il Tai Chi, che mi hanno aiutato a connettermi con il mio corpo e la mente. Queste attività mi hanno permesso di uscire dalla solitudine legata alla dipendenza e di ritrovare la gioia del contatto umano. Ringrazio le operatrici del SerD e tutti coloro che hanno contribuito a questo progetto."

- **Alberto:** "Il Trekking Urbano mi ha permesso di danzare nella leggerezza del vento e di trovare una dolce libe-

razione nel contatto con la natura umana. I momenti di Mindfulness mi hanno fatto sentire un piacevole contatto con me stesso.”

• Michele: “Dopo anni, ho riscoperto la bellezza dei musei grazie al Trekking Urbano. Le visite mi hanno stupito e arricchito. Ero scettico riguardo all’esperienza corporea, ma i movimenti del Tai Chi si sono rivelati molto rilassanti sia per il corpo che per la mente.”

• Lucia: “L’esperienza con il gruppo di Venezia e Dolo è stata bellissima. Il Tai Chi mi ha aiutato a liberare l’energia negativa, rendendo questa esperienza molto positiva.”

• Nerina: “Nel Progetto di Trekking Urbano, il coinvolgimento totale e la naturalezza nel partecipare hanno portato alla nascita di amicizie, facendomi sentire meno sola e diversa.”

• Roberta: “Il Progetto Trekking Urbano del SerD mi ha arricchito mentalmente e spiritualmente, permettendomi di socializzare e di condividere sensazioni attraverso la pratica del Tai Chi.”

• Maurizio: “Partecipare ai progetti di Trekking Urbano e al Laboratorio Sensoriale è stato molto interessante. Queste attività hanno facilitato la socializzazione e l’espressione delle nostre sensazioni, specialmente per chi come me ha una passione per la fotografia.”

Testimonianze di collaboratori e operatori del SerD

• Silvia: “Il laboratorio sensoriale progettato per promuovere il benessere psico-fisico ha superato le aspettative, favorendo l’interazione sociale e la creatività. Questo ha portato a una nuova consapevolezza e fiducia in sé stessi, con un impegno continuativo anche nelle famiglie.”

• Fabio: “Il progetto ha promosso la creatività e il benessere psico-fisico, offrendo spazi di socializzazione e relazione. In un periodo ancora segnato dal Covid-19, queste attività hanno contribuito a prevenire la solitudine e l’isolamento, rigenerando i sensi e risvegliando la mente.”

• Sonia: “Il Trekking Urbano è stato importante e formativo, permettendomi di osservare l’interazione tra i partecipanti e di respirare un’atmosfera positiva. Le varie attività psico-educative, culturali e sociali hanno potenziato il mio benessere mentale.”

• Maria: “Ho vissuto questa esperienza con gioia e pienezza. Il progetto ha permesso ai pazienti di esprimersi con competenza e passione, riducendo i pregiudizi e favorendo la reciprocità tra utenti e operatori. L’ambulatorio dovrebbe farsi territorio.”

• Adriano: “L’esperienza con il SerD è stata stimolante e utile. Credo di aver contribuito con i miei scatti fotografici a far conoscere meglio la realtà del SerD, ancora troppo stigmatizzata. Informare e sensibilizzare le persone è fondamentale per superare i pregiudizi.”

• Elena: “La co-progettazione con il SerD ha arricchito il progetto, favorendo un’esperienza di libertà espressiva fisica, umana e di gruppo. Le parole d’ordine sono state sinergia, sviluppo e fiducia.”

• Riccardo: “La collaborazione tra la Fondazione Musei Civici di Venezia e il SerD si è rinnovata, favorendo l’inclusione e l’accessibilità attraverso visite ai musei e mostre. Queste attività hanno permesso uno scambio di opinioni ed emozioni, rafforzando il legame con la realtà attuale.”

• Anna: “Partecipare a questa esperienza ha significato vivere la bellezza in molti modi: nei luoghi visitati, nell’arte spiegata con passione, nelle persone coinvolte e nel Tai Chi. La bellezza ha arricchito tutti noi, creando ricordi ed esperienze condivise utili per affrontare momenti difficili.”

Conclusioni

Il progetto di Trekking Urbano rappresenta un esempio innovativo di come un approccio integrato possa supportare il percorso riabilitativo nelle dipendenze (Carozza, P., & Prata, G., 2016) e, nello specifico, una delle risposte al periodo post-pandemico, offrendo un’opportunità per respirare nuova aria ed esplorare il territorio. Tuttavia, per migliorare ulteriormente l’efficacia e l’efficienza, si intende implementare meccanismi di valutazione continua e feedback per adattare il progetto alle esigenze emergenti dei partecipanti. In tal senso, il progetto condurrà nella prossima edizione un’analisi quantitativa per verificare i benefici sopra indicati.

Ringraziamenti

Desideriamo esprimere il nostro più sincero apprezzamento a tutti i colleghi dell’équipe multi professionale e ai consulenti esterni per il loro prezioso contributo. Grazie alla loro partecipazione attiva, è stato possibile realizzare un progetto caratterizzato da bellezza e condivisione, rafforzando ulteriormente il nostro impegno comune.

Bibliografia

- Baer, R. A. (2006). *Approcci terapeutici basati sulla mindfulness: Guida clinica alle basi di evidenza e applicazioni*. Academic Press.
- Bien, T. (2012). *Il paradiso perduto. Mindfulness e disturbi da uso di sostanze*. In F. Didonna (Ed.), *Manuale clinico di mindfulness* (pp. 405-416). Milano, Franco Angeli.
- Bowen, S., Chawla, N., & Marlatt, G. A. (2013). *Mindfulness e comportamenti di dipendenza*. Raffaello Cortina Editore.
- Brown, A. M., & Hume, M. (2012). *Personalizzare la*

comunicazione di raccolta fondi per migliorare il fundraising relazionale: Esplorando gli antecedenti e le conseguenze della personalizzazione nella raccolta fondi. *International Journal of*

Nonprofit and Voluntary Sector Marketing, 17(2), 128-144. <https://doi.org/10.1002/nvsm.434>.

- Candiani, C. L. (2018). *Il silenzio è cosa viva*. Einaudi.
- Carmel, Y., & Bernstein, J. (2010). Promuovere la salute mentale attraverso la pianificazione e il design urbano e ambientale. *Israel Journal of Health Policy Research*, 9, 56. <https://doi.org/10.1186/s13584-020-00397-5>.
- Carozza, P., & Prata, G. (2016). *La riabilitazione psicosociale: Metodologie e applicazioni*. Franco Angeli.
- Chatterjee, H., & Noble, G. (2013). *Museums, health and well-being*. Routledge.
- Ch'ing, Y. (2017). *Tai chi chuan: L'allenamento delicato per la salute mente-corpo*. Tuttle Publishing.
- Chiesa, A., & Serretti, A. (2010). Una revisione sistematica delle caratteristiche neurobiologiche e cliniche della meditazione mindfulness. *Psychological Medicine*, 40(8), 1239-1252.
- Clark, D., & Sudak, H. S. (2014). Mindfulness nella pratica clinica: Una revisione delle evidenze. *Journal of Clinical Psychology*, 70(6), 531-541. <https://doi.org/10.1002/jclp.2210>
- Clift, S., & Camic, P. M. (2016). *Oxford textbook of creative arts, health, and wellbeing: International perspectives on practice, policy and research*. Oxford University Press.
- Corrigan, P. W., & Watson, A. C. (2002). The paradox of self-stigma and mental illness. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 9(1), 35-53.
- Daniele, F., Lanaro, D., & Chiera, A. (2018). *Neurofisiologia del Tai Chi Chuan: Un percorso per la conoscenza di sé attraverso il movimento*. Kappa Edizioni.
- Davidson, R. J. (2012). *The emotional life of your brain: How its unique patterns affect the way you think, feel, and live-and how you can change them*. New York, Penguin Group.
- Eddy, M. (2009). A brief history of somatic practices and dance: Historical development of the field of somatic education and its relationship to dance. *Journal of Dance & Somatic Practices*, 1(1), 5-27.
- Elbert, T., Pantev, C., Wienbruch, C., Rockstroh, B., & Taub, E. (1995). Aumento della rappresentazione corticale delle dita della mano sinistra nei musicisti di strumenti a corda. *Science*, 270(5234), 305-307.
- Foschi, G. (2016). *Le fotografie del silenzio*. Milano, FrancoAngeli.
- Gajda, R. (2004). Utilizzare la teoria della collaborazione per valutare le alleanze strategiche. *American*

Journal of Evaluation, 25(1), 65-77. <https://doi.org/10.1177/109821400402500105>.

- Gilardi, A. (2000). *Storia sociale della fotografia*. Torino, Pearson Italia.
- Goldfarb, A. H., & Jamurtas, A. Z. (1997). Beta-endorphin response to exercise: An update. *Sports Medicine*.
- Grant Muradoff. *Tai chi chuan disciplina del movimento per la ricerca del sé (Vol. 1, 2, 3)*. Mediterranee.
- Jahnke, R., Larkey, L., Rogers, C., Etnier, J., & Lin, F. (2010). Una revisione completa dei benefici per la salute del qigong e del tai chi. *American Journal of Health Promotion*, 24(6), e1-e25.
- Jordan, M., & Hinds, J. (2016). *Ecoterapia: Teoria, ricerca e pratica*. Macmillan International Higher Education.
- Kabat-Zinn, J. (1994). *Dove vai, ci sei: Meditazione mindfulness nella vita quotidiana*. Hachette Books.
- Kabat-Zinn, J. (2008). *Riprendere i sensi: Guarire se stessi e il mondo attraverso la consapevolezza*. TEA.
- Kabat-Zinn, J. (2016). *Vivere momento per momento*. Milano, Corbaccio.
- Kester, G. H. (2011). *The one and the many: Contemporary collaborative art in a global context*. Duke University Press.
- Klein, G. (2017). *Urban asymmetries: Cultural encounters, social inequalities, and the impact of arts in cities*. In *Reclaiming cities as spaces of middle class life* (pp. 103-116). Palgrave Macmillan.
- Kornfield, J. (2013). *Il cuore saggio*. Corbaccio.
- Kotler, N., & Kotler, P. (2004). *Marketing dei musei: Obiettivi, traguardi, risorse*. Einaudi.
- Malchiodi, C. A. (2013). *Terapia artistica e neuroscienze delle relazioni, creatività e resilienza*. New York, W. W. Norton & Company.
- Miller, W. R., & Rollnick, S. (1991). *Motivational interviewing: Preparing people to change addictive behavior*. New York, Guilford Press.
- Moncalero, N. (2015, 26 ottobre). 5 motivi per cui ci vuole più arte nella nostra vita. *L'Huffington Post*.
- Parks, S. E., Housemann, R. A., & Brownson, R. C. (2003). Correlati differenziali dell'attività fisica negli adulti urbani e rurali di vari contesti socioeconomici negli Stati Uniti. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 57(1), 29-35.
- Pretty, J., Peacock, J., Sellens, M., & Griffin, M. (2005). Esiti sulla salute mentale e fisica dell'esercizio verde. *International Journal of Environmental Health Research*, 15(5), 319-337.
- Sargeant, A., & Shang, J. (2010). *Principi e pratiche del fundraising*. John Wiley & Sons.
- Segal, Z. V., Williams, J. M. G., & Teasdale, J. D. (2018). *Terapia cognitiva basata sulla mindfulness per*

la depressione. Guilford Publications.

- Serrano, M. (2007). Auto-stigma, empowerment e pratiche di promozione. Fogli d'informazione, 3-4, 43-63.
- Sonke, J., et al. (2019). The arts in health care
- Sonke, J., et al. (2019). The arts in health care movement in the United States: Concepts, trends, and future directions. PubMed. Retrieved from PubMed - The Arts in Health Care Movement.
- Stuckey, C. D., & Nobel, J. (2010). The connection between art, healing, and public health: A review of current literature. American Journal of Public Health, 100(2), 254-263. Retrieved from AJPH.
- Thich Nhat Hanh. (1988). Essere pace (A. Merati, Trad.). Astrolabio Ubaldini.
- Vygotskij, L. S. da Peri, M. (2004). La didattica nel museo tra arte e educazione (Tesi di laurea, Università degli Studi di Roma).
- World Health Organization. (2010). Framework for action on interprofessional education and collaborative practice. Geneva, Switzerland: World Health Organization.

Sitografia

- How Qigong Can Help You Recover From any Addiction <http://www.dragondoor.com/articles/how-qigong-can-help-you-recover-from-any-addiction/>
- Intesa di collaborazione Progetto "Chiama & Vinci" e "MUVE" (post del 27/04/2024) Parlano di noi e del nostro... - Chiama e Vinci AULSS 3 | Facebook
- Other articles on Tai Chi on The New England Journal

of Medicine <http://www.nejm.org/search?q=tai+chi>

- Qi Gong for drug addictions <http://www.acupuncturetoday.com/archives2002/may/05qigong.html> (english)
- Tai chi in recovery <http://alcoholrehab.com/addiction-recovery/tai-chi-in-recovery/> (english)
- Tai Chi in Drug, Alcohol and Addictive Behavior Recovery (english)
- Use of qigong therapy in the Detoxification of heroin addicts www.kenpotaichi.com/drug_alcohol_addiction_recovery.html-www.best-holistic-addiction-treatment.com/qigong.html (english)
- Tai Chi esercizio fisico o pratica terapeutica? <http://www.zenon.it/tai-chi-chuan-esercizio-fisico-o-pratica-terapeutica/>
- Tai Chi e salute - La Stampa ALM-IT-SCR1-SC58-H6-JD (youtube.com)
- Tai Chi: 10 benefici e motivi scientificamente provati per praticarlo <http://www.greenme.it/vivere/spo>
- Tai Chi migliora la vita - Salute
- Tai Chi: 10 benefici e motivi scientificamente provati per praticarlo-e-tempo-libero/15158-tai-chi-benefici
- Tai Chi on psychological well-being: systematic review and meta-analysis <http://www.biomedcentral.com/1472-6882/10/23/>

Note: È possibile consultare l'intervista rivolta alle Educatrici Professionali conduttrici delle attività nel Podcast del Progetto "Chiama & Vinci" Non T'Azzardare 2.10 L'intervento Riabilitativo, 27 Marzo 2024.

PROGETTO TREKKING URBANO 2021-2022-2023-2024

- Respiro
- Camminata consapevole
- La Metta
- Meditazione della Montagna

MINDFULNESS

foto 1
di Adriano Rudatis



"La camminata consapevole" - Lido di Venezia. 2021
[...] gli eventi ci portano lontano e noi perdiamo noi stessi. Meditare camminando ci aiuta a recuperare la nostra sovranità, la nostra libertà come esseri umani. Camminiamo con grazia e dignità come un imperatore, come un leone. Ogni passo è la vita. [...] Thich Nhat Hanh in "Essere e Pace", 1888

- Pratica dedicata sia alla respirazione che alla natura
- Figure mitologiche
- 5 tecniche dedicate alla celebrazione dell'anno del Drago

TAI CHI

foto 2
di Adriano Rudatis



La Biennale Architettura Arsenale - Venezia (2023)
Pratica di Tai Chi nel "Kwaes" (opera di Sir David Adjaye OM OBE) costruzione abitabile che offre uno spazio di riposo e di raduno concepito sia per la meditazione sia per la programmazione attiva.

18 tecniche chi kung



foto 3
di Adriano Rudatis



La Biennale Arte Giardini - Venezia (2024)
"La Condivisione"
"[...] è come una locanda l'essere umano. Ogni mattina qualcuno che arriva [...] Onora ogni ospite. Forse ti sta liberando per prepararti ad un piacere nuovo." Jalal al Din Rumi (1200)

8.10

LO STORYTELLING THINKING® NEL DISTURBO DA GIOCO D'AZZARDO PER IL RAFFORZAMENTO DEL PROCESSO DECISIONALE E RIDUZIONE DELL'IMPULSIVITÀ

Zane G., Costa A., Magri C.

Università degli Studi di Brescia, Dipartimento di Scienze Cliniche e Sperimentali - Brescia - Italy

Lo studio verifica l'efficacia dello Storytelling Thinking® nel trattamento di pazienti affetti da Disturbo da Gioco d'Azzardo in servizi sia residenziali che ambulatoriali, grazie al miglioramento del processo decisionale tramite l'assunzione di obiettivi realistici per proiettarsi nel futuro consapevolmente e la riduzione dell'impulsività.

Introduzione

Il gioco d'azzardo è percepito come un'esperienza totalizzante, caratterizzata dalla ripetizione ipnotica delle azioni, causando disorientamento e perdita di senso del tempo, realtà e identità, portando a una fuga dal reale e a un'esperienza dissociativa transitoria (Croce, 2018a). I soggetti con Disturbo da Gioco d'Azzardo (DGA) mostrano spesso elevata impulsività e difficoltà a proiettarsi realisticamente nel futuro, con influenze negative proprio processo decisionale e la definizione di sé (Canali et al., 2021).

Impulsività e proiezione mentale nel futuro:

Tra i tratti di personalità e psicopatologici che sono maggiormente riscontrabili nei giocatori d'azzardo la tendenza all'impulsività risulta uno dei più rilevanti (Caretto & Barbera, 2014; Cosenza et al., 2019).

L'impulsività si contraddistingue per la tendenza ad agire senza programmare e valutare opportunamente gli effetti futuri del proprio comportamento, agendo senza una concreta premeditazione (Cosenza et al. 2019). Si può infatti riscontrare un legame tra impulsività e percezione del tempo: maggiore è la gravità del DGA, maggiore è l'impulsività disfunzionale e minore è l'orizzonte temporale del soggetto.

Il processo decisionale è fortemente influenzato dalla capacità di immaginarsi nel futuro, in quanto fungendo da freno motivazionale può contrastare decisioni impulsive, supportando al contrario comportamenti adattivi e

di autocontrollo. Alcune indagini hanno segnalato difficoltà nelle capacità di viaggio mentale nel tempo orientate al futuro dei pazienti affetti da DGA, con conseguente mancanza di considerazione per le conseguenze delle proprie azioni (Canali, et al., 2021; Noël et al. 2017; Donati, et al. 2019). Si è altresì confermata la correlazione tra frequenza di inseguimento e tendenza a concentrarsi sulle conseguenze immediate piuttosto che proiettarsi mentalmente nel futuro, a causa di alcuni irrazionali modi di pensare che restringono la prospettiva temporale, alimentando l'illusione che il futuro sia controllabile (Nigro, et al. 2022).

La narrazione che cura

La narrazione è uno dei principali strumenti attraverso cui si costruisce l'identità umana, in particolare un'identità narrativa (Smorti, 2018). Il pensiero narrativo, accanto a quello logico, rappresenta una modalità di funzionamento della mente; entrambi offrono modalità per organizzare e ricostruire la realtà (Bruner, 2002). Quando pensiamo e scriviamo storie, la nostra percezione del mondo circostante si trasforma, e l'inconscio trova innovativi modi di espressione e rappresentazione (Maurelli, 2019). Così, la narrazione offre all'individuo un'ulteriore spinta interiore per reinterpretare la realtà, generando nuovi significati e permettendo l'emergere di visioni e prospettive alternative (Mezirow, 2003). Attraverso la narrazione, il paziente esprime significati ed emozioni legati a ciò che sta vivendo, che diventano elementi cruciali nel processo di cura (Demetrio, 1996). Così, il raccontarsi impegna la mente a rievocare esperienze vissute e riflettere sul loro significato.

Tecniche narrative nel trattamento delle dipendenze patologiche

Analizzando le modalità di raccontarsi dei pazienti si è colto il carattere sfuggente e confuso non solo di descrivere episodi vissuti ed emozioni provate, ma anche nell'espone la propria esperienza di desiderio con una deficitaria proiezione nel futuro (Canali, et al., 2021). È invece importante evidenziare come la coerenza narrativa di una persona risulti correlata ad un maggior autocontrollo e quindi ad una minore impulsività. Potenziare la capacità immaginativa e la capacità di costruzione di storie, soprattutto proiettandosi in una dimensione futura, può infatti aumentare autocontrollo e la ridefinizione di sé (Canali, et al., 2021).

Nel trattamento delle dipendenze, le narrazioni potrebbero dunque aiutare il processo di ricostruzione dell'identità soggettiva nella sua unitarietà riducendo la frammentarietà temporale dell'io tipica delle dipendenze (Canali, 2018).

Herrera-Sánchez et al. (2019) sottolineano infatti l'im-

portanza di delineare una nuova linea di ricerca che determini l'efficacia dello storytelling come meccanismo di motivazione al cambiamento grazie al processo di identificazione con la storia. Lo storytelling, non rappresenta solo una riflessione sul passato, ma prevede anche la comprensione dei dilemmi e delle sfide presenti oltre che la visione del futuro desiderato (Wilson, 2021).

Storytelling Thinking®

Lo Storytelling Thinking® -proprietà intellettuale di Cristina Maurelli e Giuditta Rossi- consiste nell'utilizzare la narrazione per immaginare il proprio futuro in modo più accessibile e realizzabile tramite l'ideazione di un racconto, che individui un obiettivo da raggiungere e suddividere questo obiettivo in più passaggi. Lo strumento si articola in cinque macro-fasi che a loro volta si sviluppano in sottopassaggi rappresentati nella figura 1.

Figura 1 – Fasi dello strumento Storytelling Thinking

1. <i>Quest-Obiettivo</i>	Analisi dei bisogni e dei desideri del protagonista della storia (il soggetto che svolge l'attività), la <i>mission</i> interiore, la sua esigenza drammatica; a sua volta comprende: a) <i>partire da sé stessi</i> ; b) <i>individuare l'obiettivo</i>
2. <i>Conflict-Conflicto</i>	Individuazione di problemi e ostacoli che si oppongono alla realizzazione del proprio obiettivo; a sua volta comprende: a) <i>individuare le persone da conquistare</i> ; b) <i>individuare antagonisti ed ostacoli</i>
3. <i>Action-Azione</i>	Pianificazione di azioni rivolte al raggiungimento del proprio proposito non tralasciando il conflitto esistente; a sua volta comprende: a) <i>individuare idee relative a cosa si potrebbe fare</i> ; b) <i>porre le idee in ordine cronologico</i> ; c) <i>trasformare le idee in una trama, una storia da raccontare</i>
4. <i>Resilience-Resilienza</i>	Elaborazione di strategie di resistenza agli eventi contrari e sfavorevoli; a sua volta comprende: a) <i>rintracciare aiutanti ed ispiratori</i> ; b) <i>riconoscere competenze e skills personali</i>
5. <i>Transformation-Trasformazione</i>	Completamento della trasformazione con il raggiungimento dell'obiettivo e cambiamento del protagonista e della sua realtà; a sua volta comprende: a) <i>immaginarsi nella nuova condizione</i> ; b) <i>immaginare un titolo per la propria storia</i>

Figura 1. Fasi dello strumento Storytelling Thinking

La struttura e le peculiarità visive di questo strumento fungono da stimolo per una riflessione sistematica sui diversi aspetti – rappresentati dai blocchi – del progetto. L'analisi condotta su ciascun blocco facilita una migliore visualizzazione del successivo o una riconsiderazione del precedente, mantenendo sempre al centro l'essenza dell'idea progettuale e definendo le relazioni tra le varie componenti.

Lo strumento viene abitualmente utilizzato in contesti di gruppo ed il processo – che si sviluppa in un'unica seduta della durata di circa 5 ore – ed è sostenuto da un facilitatore (Maurelli, 2019). Nel trattamento del DGA, si è pensato di proporre lo Storytelling Thinking, in modalità gruppale, ma in due distinte sedute di 1,30 ore ciascuna al fine di evitare una perdita di attenzione e favorire un processo di sedimentazione dei contenuti. Fase dopo fase si delinea un racconto e un profondo ragionamento su di sé su cui è necessario stare per del tempo prima di procedere. Il racconto che man mano si viene a creare vede il partecipante come protagonista, mentre

affronta un nuovo obiettivo; da qui, la necessità di delineare il contorno: programmando possibili ostacoli e azioni concrete da svolgere per il raggiungimento dello stesso.

La ricerca

Lo studio sperimentale multicentrico, randomizzato, controllato a gruppi paralleli è stato predisposto all'interno del Corso di Studio in Educazione professionale dell'Università degli Studi di Brescia ed attuato presso otto centri ubicati nella Lombardia orientale, tra strutture ambulatoriali pubbliche e private accreditate, nonché di strutture residenziali/semiresidenziali dedicate. L'attività di ricerca è stata preceduta da un incontro preliminare con i coordinatori dei servizi e dirigenti delle U.O. per presentare il progetto e verificare la disponibilità degli stessi; successivamente è avvenuto il reclutamento dei pazienti.

Dopo aver ottenuto il consenso informato al trattamento; i dati sono stati raccolti nel rispetto della privacy. L'intero studio è stato approvato dal Comitato Etico Territoriale Lombardia 6. Sono stati coinvolti 30 pazienti, suddivisi in un gruppo di trattamento e in un gruppo di controllo tramite randomizzazione semplice in linea con i criteri di inclusione ed esclusione stabiliti nel protocollo di ricerca.

Criteri di inclusione

- diagnosi primaria DGA, senza abuso di sostanze attivo concomitante;
- età > 18 anni (Nigro et. al. 2019; Noel et al. 2017; Ciccarelli et al. 2019; Cosenza et al. 2023)
- progetto nei servizi residenziali nelle fasi di Trattamento Residenziale - Trattamento residenziale Breve e Accompagnamento territoriale come previsto dalla DGR XI/585/2018 di Regione Lombardia;
- frequenza regolare agli appuntamenti e buon aggancio nei servizi ambulatoriali (SerD- SMI)

Criteri di esclusione

- disturbi psichiatrici che influiscono nella vita quotidiana, poiché variabili poco controllabili data la molteplicità dei disturbi e la soggettività della loro incidenza (Bellio & Croce, 2016);
- presenza di deficit cognitivi significativi che possano rendere difficile la comprensione dell'attività proposta.

Strumenti

La ricerca prevedeva la somministrazione dei seguenti strumenti di indagine:

1. Scheda sociodemografica: sono stati indagati genere ed età, percorso di studi o di lavoro intrapreso, tipo di servizio sanitario di presa in carico, tempo trascorso dal-

l'inizio della presa in carico, momento percepito in cui è iniziata la dipendenza e situazione familiare.

2. Barratt Impulsiveness Scale (BIS-11): questionario self-report utilizzato per la valutazione dei tratti di impulsività (Patton et al., 1995); si compone di 30 item con risposte del tipo "raramente/mai", "occasionalmente", "spesso" e "quasi sempre/sempre". Il punteggio totale varia da 30 a 120 ed offre una stima quantitativa dell'impulsività che deriva dalla somma dei tre fattori di impulsività cognitiva, motoria e non pianificativa. Non vi sono valori di cut-off standardizzati, ma un punteggio tra 70 e 75 potrebbe indicare un tratto patologico di impulsività e che un punteggio superiore a 75 potrebbe indicare un disturbo del controllo degli impulsi (Stanford et al., 2009). Nel presente studio è stata utilizzata la versione italiana (Fossati et al., 2001).

3. Consideration of Future Consequences (CFC-14): scala di 14 elementi che misura le differenze individuali nella considerazione sulle conseguenze del futuro; si compone di 14 item suddivisi in due sottoscale: "considerazione delle conseguenze immediate" (CFC-I) e "considerazione delle conseguenze future" (CFC-F). Le opzioni di risposta si articolano su una scala Likert, da 1 ("per niente simile a me") a 7 ("molto simile a me"), mentre il punteggio totale va da 14 a 98, dove i punteggi più alti indicano una maggiore considerazione delle conseguenze future o un comportamento lungimirante. Il CFC-14 è costituito dalla scala originale di 12 item (Strathman et al., 1994) e da due item aggiuntivi orientati al futuro di (Joireman et al., 2012). Nel presente studio è stata utilizzata la versione italiana validata (Nigro et al., 2016).

4. South Oaks Gambling Screen (SOGS): il questionario (Lesieur & Blume, 1987) consente di evidenziare la possibile presenza di un problema di gioco e conoscere meglio le abitudini del soggetto intervistato. Lo strumento self-report è composto da 16 domande con quesiti relativi a vari comportamenti di gioco d'azzardo e alla propria percezione relativamente alle abitudini di gioco; prevede un valore massimo possibile di 20 punti, dove un valore di 3/4 punti indica possibili difficoltà nel gioco, mentre 5 punti o più indica la presenza di un evidente problema di gioco. Nel presente studio è stata utilizzata la versione italiana (Guerreschi e Gander, 2000).

Discussione degli incontri

Lo studio è stato realizzato secondo la timeline riportata in figura 2. Al tempo zero (T0) a tutti i pazienti coinvolti nello studio sono state somministrate sia la scheda sociodemografica che le scale psicometriche. Nella stessa occasione, i soli soggetti arruolati nel gruppo di trattamento sono stati sottoposti ad una prima seduta di Storytelling Thinking della durata di 1,30 ore; una seconda seduta si è svolta dopo una settimana. A

distanza di quattordici giorni dal T0, tutti i pazienti – sia gruppo di trattamento che di controllo – sono stati rivalutati per le scale BIS-11 e CFC-14.

Figura 2 – Timesheet dello studio

	Gruppo di trattamento	Gruppo di controllo
T0	<ul style="list-style-type: none"> Scheda sociodemografica Scale psicometriche (BIS-11, CFC-14, SOGS) 1° seduta di Storytelling Thinking 	<ul style="list-style-type: none"> Scheda sociodemografica Scale psicometriche (BIS-11, CFC-14, SOGS)
T1 (7gg)	<ul style="list-style-type: none"> 2° seduta di Storytelling Thinking 	
T2 (14gg)	<ul style="list-style-type: none"> Scale psicometriche (BIS-11, CFC-14, SOGS) 	<ul style="list-style-type: none"> Scale psicometriche (BIS-11, CFC-14)

Figura 2 - Timesheet dello studio

Per la seguente sperimentazione sono stati considerate le diverse tipologie di servizi che si occupano in ottica multidisciplinare di cura di pazienti affetti da DGA, che si possono così suddividere: servizi a carattere ambulatoriale quali i Servizi per le Dipendenze a carattere pubblico (SerD) ed i Servizi Multidisciplinari Integrati (SMI) a carattere privato

accreditato al Servizio Sanitario Nazionale; percorsi intensivi all'interno di contesti protetti come strutture residenziali e semiresidenziali; percorsi di psicoterapia e la partecipazione ai gruppi dei Giocatori Anonimi. Alla presente ricerca hanno risposto positivamente 8 strutture come mostrato in figura 3.

Figura 3 – Servizi aderenti allo studio

Servizio del trattamento	Tratt.	Contr.	Tot	%
Servizi ambulatoriali	9	7	16	53,3
Servizi semiresidenziali e residenziali	9	5	14	46,7

Figura 3 - Servizi aderenti allo studio

I 30 soggetti reclutati per lo studio sono stati suddivisi in 18 nel gruppo di trattamento e 12 nel gruppo di controllo. La maggior parte di loro è in carico, presso i servizi da meno di un anno. Il campione, come mostrato in figura 4, è costituito per il 70% da maschi con un'età compresa fra i 23 e i 73 anni (età media 48 anni) – e il 30% da femmine, con un'età compresa fra i 37 e i 66 anni (età media 54,5 anni). Analizzando il campione si nota perciò una netta prevalenza del genere maschile – 21 maschi – contro le sole 9 donne partecipanti. Questo dato però conferma come in Italia sembrerebbe che la richiesta d'aiuto femminile rappresenti solo il 10% dell'utenza dei servizi dedicati (Prever, 2018). Sebbene

oltre il 60% dei pazienti abbia completato il ciclo di istruzione secondaria superiore, la maggior parte svolge un lavoro esecutivo (operaio ecc.). Inoltre, la maggioranza del campione dichiara che la dipendenza da DGA è in essere da oltre 10 anni.

Figura 4 – Dati sociodemografici

GENERE	M	F
Trattati	13	5
Controllo	8	4
Totale	21	9
ETA'		
Media	48,04	54,55
DEV.ST	12,65	11,09
Range	23-73	37-66
IMPIEGO		
Imprenditore	1	0
Tecnico/impiegato	2	1
Operaio	11	2
Autista	2	0
Professione non qualificata	1	1
Pensionato	2	3
Casalinga	0	2
Inattivo/invalido	2	0
ISTRUZIONE		
Istr. II inferiore	4	7
Istr. II superiore e/o III	17	2

Figura 4 – Dati sociodemografici

logico dell'impulsività sembra avere grande impatto sul comportamento di gioco. Diverse ricerche confermano infatti l'esistenza di una relazione tra la difficoltà di autoregolazione nel comportamento e il gioco patologico (Casciani, 2018).

Analizzando i punteggi del test BIS-11 somministrato inizialmente si nota come il 33,2% del campione mostri un punteggio complessivo > di 70, confermando la presenza di un livello patologico di impulsività. Inoltre, la totalità del campione ha ottenuto un punteggio SOGS > 5, inserendosi perciò nel cut-off previsto per il gioco d'azzardo patologico. In merito, però, le correlazioni svolte tra il test BIS-11 e SOGS non risultano significative.

I gruppi sono stati svolti con la supervisione degli operatori di riferimento dei servizi. In struttura è stato costruito il setting degli incontri, possibilmente con una disposizione a cerchio; sulle sedute ogni partecipante ha inoltre trovato il necessario per la partecipazione: fogli bianchi, una penna ed il Canvas dello strumento. La partecipazione dei pazienti è stata regolare, solo in un caso, infatti, una persona non si è presentata tra il primo ed il secondo incontro per motivi lavorativi.

Durante gli incontri si è respirato sempre un clima di grande confronto tra i partecipanti, curiosità ed evidente messa in discussione. Inizialmente è emersa difficoltà nell'immaginazione di obiettivi in una dimensione futura, in particolare nell'ideazione dei passaggi per il raggiungimento dell'obiettivo. Inoltre, tendenza comune, era l'identificazione con la propria sfera relazionale, spesso non funzionale e con le dinamiche di gioco alienanti, eclissando dunque possibili prospettive future e la propria individualità di persona. Era invece importante che lo svolgimento dell'attività fosse centrato sulla propria persona, non rendendone la riuscita dipendente dalla presenza di altri soggetti. Le emozioni espresse dopo l'attività, quasi totalmente legate a sensazioni di fiducia, rivincita e speranza confermano le potenzialità nel lavorare sulla proiezione mentale nel futuro. A seguito dell'attività di Storytelling si è indagato sulle differenze tra il gruppo di trattamento e il gruppo di controllo, per verificare l'ipotesi della ricerca che lo strumento potesse essere valido per migliorare il pensiero futuro. I punteggi delle scale – nel gruppo di trattamento – hanno subito alcuni cambiamenti suggestivi, seppur non significativi, successivamente l'attività, in particolare si nota un incremento nel sottoscala CFC-F indicante maggiore proiezione nel futuro. I miglioramenti nel gruppo di trattamento sono inoltre più evidenti nei soggetti inseriti all'interno dei servizi residenziali rispetto agli ambulatoriali, mostrando come lo strumento appaia essere risultato quindi più efficace nei trattamenti residenziali.

Conclusioni

L'utilizzo dello Storytelling Thinking mostra possibili potenzialità e possibili benefici nel trattamento del DGA: pur non essendo emersi dati statisticamente significativi, alcune informazioni sono risultate suggestive, offrendo perciò spunti di riflessione sull'utilizzo di tecniche narrative all'interno dell'ambito delle dipendenze. Nello specifico, attività centrate sulla dimensione futura ed il ragionare sulle proprie modalità nell'assunzione di scelte, sembrano poter essere più funzionali nelle opzioni trattamentali offerte dai servizi residenziali, aprendo perciò nuovi quesiti e riflessioni in merito alla apparente grande influenza del continuo e mantenuto contatto con la realtà, spesso limitante – nei servizi ambulatoriali – nel proiettarsi in là nel tempo e nei livelli di impulsività. Lo strumento porta con sé alcuni aspetti innovativi, tra cui proprio l'orientamento a guardare al futuro, rispetto ad altre tecniche narrative – come l'approccio autobiografico – che si concentrano sul potere terapeutico della rielaborazione scritta del proprio vissuto.

L'attività ha permesso ai pazienti coinvolti nel trattamento di prendere consapevolezza di sé, parzialmente contrastando la sensazione di spersonalizzazione che li

condiziona, di sperimentare un diverso paradigma indagando la possibilità di allontanarsi dal passato per concentrarsi su ciò che è presente per trasformarlo in qualcosa di funzionale per il proprio domani.

Lo strumento può assumere grande utilità per il trattamento dei pazienti all'interno dei servizi. Le informazioni ricavate dagli incontri sembrano potenzialmente preziose per cogliere aspetti caratteristici dell'utenza dopo il processo di assessment dei servizi. Può divenire un possibile punto di partenza per raccogliere informazioni sulla direzione da prendere durante la progettualità, rendendo gli utenti realmente protagonisti di tale processo, in quanto l'attività permette un lavoro attivo nella ricerca di una direzione e di obiettivi di vita. Gli operatori, quindi, potrebbero poi strutturare specifici interventi volti ad aiutare concretamente il soggetto, individuando insieme all'utente strategie utili per raggiungere ciò che è stato ritenuto importante da approfondire.

Questo studio, il primo a esaminare gli effetti dello storytelling nel trattamento di pazienti affetti da DGA, ha contribuito a chiarire l'entità dell'effetto del trattamento. Dal punto di vista statistico - considerate le variazioni osservate nella scala CFC-14-F prima e dopo il trattamento, nonché la variabilità delle misure, va detto che per ottenere una significatività statistica superiore all'80% nel rilevare effetti significativi, è necessario ampliare la coorte ad almeno ottanta pazienti.

Dal punto di vista della qualità degli interventi di cura a favore dei pazienti affetti da DGA, questo studio implementa la metodologia narrativa da affiancare agli strumenti di cui già si dispone.

Bibliografia

Bellio, G. & Croce, M. (a cura di) (2016). Manuale sul gioco d'azzardo; Diagnosi, valutazione e trattamenti. Milano: Franco Angeli

Brunella, B. & Faillace, G. (2019). La terapia come narrazione di sé: leggere al propria storia di dipendenza con lenti diverse. *Federserd Informa*, 33: 11-14

Bruner, J. (2002). La cultura dell'educazione. Milano: Feltrinelli

Canali, S. (2018). Il racconto delle storie nella diagnosi e nella clinica delle dipendenze. *Psychiatry on line Italia*. (<http://www.psychiatryonline.it/node/7714>)

Canali, S., Altavilla, D., Acciai, A., Deriu, V., Chiera, A., Adornetti, I. & Ferretti, F. (2021). The Narrative of Persons with Gambling Problems and Substance Use: A Multidimensional Analysis of the Language of Addiction. *Journal of Gambling Issues*, 167-198. DOI: 10.4309/jgi.2021.47.7

Carli, R. & Panizza, R.M. (2003). Analisi della domanda. Teoria e tecnica dell'intervento in psicologia clinica.

Bologna: Il Mulino

Casciani, O. (2018). Fattori di sviluppo e mantenimento del DGA. In O. Casciani, & O. De Luca (A cura di), *Il trattamento Psicologico e Psicoterapeutico del Disturbo da Gioco d'Azzardo in una prospettiva multidisciplinare* (p. 51-75). Roma: Publiedit.

Ciccarelli, M., Cosenza, M., Griffiths, M., D'Olimpio, F. & Nigro, G. (2019). The interplay between chasing behavior, time perspective, and gambling severity: An experimental study. *Journal of Behavioral Addictions*, 7: 259-267. DOI: 10.1556/2006.8.2019.29

Cosenza, M., Ciccarelli, M. & Nigro, G. (2019). The steamy mirror of adolescent gamblers: Mentalization, impulsivity, and time horizon. *Addictive Behaviors*, 89: 156-162. DOI: 10.1016/j.addbeh.2018.10.002

Cosenza, M., Ciccarelli, M., Matarazzo, O., Griffiths, M.D. & Nigro, G. (2023). The Role of Aging, Time Perspective, and Gambling-Related Cognitions in Affective Decision-Making. *International Journal of Mental Health and Addiction*. DOI: 10.1007/s11469-023-01046-6

Croce, M. (2018a). Il lavoro clinico nel gambling. Tra approcci di senso ed approcci oggettivanti. In: Casciani, O. & De Luca O. (a cura di), *Il trattamento Psicologico e Psicoterapeutico del Disturbo da Gioco d'Azzardo in una prospettiva multidisciplinare*. Roma: Publiedit

Demetrio, D. (1996). *Raccontarsi. L'autobiografia come cura di sé*. Milano: Raffaello Cortina Editore

Donati, M. A., Sottili, E., Morsanyi, K. & Primi, C. (2019). Time Perspectives and Gambling in Adolescent Boys: Differential Effects of Present? and Future? Orientation. *Journal of Gambling Studies*, 107-124. DOI: 10.1007/s10899-018-9780-0

Fossati, A., Di Ceglie, A., Acquarini, E., & Barratt, E. S. (2001). Psychometric properties of an Italian version of the Barratt Impulsiveness Scale-11 (BIS-11) in nonclinical subjects. *Journal of clinical psychology*, 57 (6), 815-828. DOI:10.1002/jclp.1051

Guerreschi, C., Gander, S. (2000). Versione Italiana del South Oaks Gambling Screen (SOGS) di

H. R. Lesieur e S. B. Blume. In C. Guerreschi. *Giocati dal gioco. Quando il divertimento diventa una malattia: il gioco d'azzardo patologico*. (pp.137-142) San Paolo.

Herrera-Sánchez, I.M., Rueda-Mendez, S., & Medina-Anzano, S. (2019). Storytelling in addiction prevention: a basis for developing effective programs from a systematic review. *Human Affairs*, 29(1): 32-47. DOI: 10.1515/humaff-2019-0004

Joireman, J., Shaffer, M.J., Balliet, D. & Strathman, A. (2012). Promotion orientation explain why future-oriented people exercise and eat healthy: Evidence from the two-factor Consideration of Future Consequences-14 Scale. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 38:

1272-1287. DOI:10.1177/0146167212449362

Lesieur, H. & Blume, S. (1987). The South Oaks Gambling Screen (SOGS): a new instrument for the identification of pathological gamblers. *American Journal of Psychiatry*, 1: 1184-1188. DOI:10.1176/ajp.144.9.1184

Maurelli, C. (2019). *Video Partecipativo. Fare cinema come strumento educativo: il metodo PVCODE*. Roma: Dino Audino Editore

Mezirow, J. (2003). *Apprendimento e trasformazione*. Milano: Raffaello Cortina

Nigro, G., Cosenza, M., Ciccarelli, M. & Joireman, J. (2016). An Italian translation and validation of the consideration of future consequences-14 scale. *Personality and Individual Differences*, 101: 333-340. DOI: 10.1016/j.paid.2016.06.014

Nigro, G., D'Olimpio, F., Ciccarelli, M. & Cosenza, M. (2019). The fuzzy future: Time horizon, memory failures, and emotional distress in gambling disorder. *Addictive Behaviors*, 97, 7-13. DOI: 10.1016/j.addbeh.2019.05.012

Nigro, G., Matarazzo, O., Ciccarelli, M., Pizzini, B., Sacco, M. & Cosenza, M. (2022). Positive Illusions: The Role of Cognitive Distortions Related to Gambling and Temporal Perspective in Chasing Behavior. *Journal of Gambling Studies*, 889-904. DOI:10.1007/s10899-021-10068-5

Noël, X., Saeremans, M., Kornreich, C., Jaafari, N. & D'Argembeau, A. (2017). Future-oriented mental time travel in individuals with disordered gambling. *Consciousness and Cognition*, 49: 227-236. DOI: 10.1016/j.concog.2017.02.006

Patton, J.H., Stanford, M.S. & Barratt, E.S. (1995). Factor structure of the Barratt impulsiveness scale. *Journal of clinical psychology*, 51(6): 768-774. DOI:10.1002/1097-4679(199511)51:6<768:aid-jclp2270510607>3.0.co;2-

Prever, F. (2018). Specificità della ricerca e del trattamento nel DGA femminile. In O. Casciani, & O. De Luca (A cura di), *Il trattamento Psicologico e Psicoterapeutico del Disturbo da Gioco d'Azzardo in una prospettiva multidisciplinare* (p. 362-372). Roma: Publiedit.

Smorti, A. (2018). *Raccontare per capire*. Bologna: Il Mulino

Strathman, A., Gleicher, F., Boninger, D.S. & Edwards, C.S. (1994). The consideration of future consequences: Weighing immediate and distant outcomes of behavior. *Journal of Personality and Social Psychology*, 66: 742-752. DOI:10.1037/0022-3514.66.4.742

Wilson, M. (2021). Storytelling with a social purpose, or how we are trying to change the world, one story at a time. *Transactions of the Leicester Literary and Philosophical Society*, 115: 13-16. ISSN: 0141-3511

8.11

PROGETTO DI PREVENZIONE, CURA E RIABILITAZIONE DELLE PATOLOGIE DA DISTURBO DA GIOCO D'AZZARDO "QUANDO IL GIOCO NON È PIÙ UN GIOCO": PREVENZIONE A SCUOLA

Anastasi G., Gisondi A., Boro C., Blandamura E., Ascolese G., Tomaello M.B.

Asl Roma3 UOC Salute Dipendenze - Roma - Italy

L'Unità operativa complessa Salute Dipendenze della ASL ROMA3, con finanziamento della Regione Lazio, sta realizzando un piano di prevenzione, cura e riabilitazione per le persone con Disturbo da gioco d'azzardo.

Descriveremo, nel seguente abstract, le attività di prevenzione rivolte agli insegnanti delle scuole del territorio di competenza.

In Italia, il fenomeno del gioco ha fatto registrare nel 2021 un incremento rispetto alle annualità precedenti: il volume di denaro giocato è aumentato del 21%. Il Covid-19 ha imposto, tra le altre cose, un aumento progressivo del gioco d'azzardo on line, che si è assestato su una percentuale del 60%.

Per quanto riguarda la popolazione giovanile, l'Istituto Superiore di Sanità ha rilevato, attraverso uno studio epidemiologico realizzato tra il 2016 e il 2019, per conto dell'Agenzia delle Dogane e dei Monopoli di Stato, che circa 673mila minori, di età compresa tra i 14 e i 17 anni, ha avuto accesso al gioco d'azzardo legale, pur non avendone i requisiti per legge. Un 14enne su 4 (il 24%) ha dichiarato di aver giocato almeno una volta; giocano molto di più i ragazzi (486mila) che le ragazze (187mila) e il fenomeno è maggiormente diffuso al Sud Italia (36,3%) e nelle isole (29,9%), seguiti dal Centro (27,3%). Tra gli studenti risulta notevole la percentuale di giocatori problematici (10%), il 40% di questi ha avuto un primo contatto con il gioco d'azzardo in età molto precoce, ossia tra i 9 e i 12 anni; così come accade per gli adulti, anche nella fascia di età 14-17 anni si riscontra un'associazione tra comportamento di gioco e stili di vita non salutari (fumo, consumo di alcol e di altre sostanze).

Una recente indagine del 2023 condotta da Nomisma per

fotografare i comportamenti delle giovani generazioni in relazione al gioco d'azzardo evidenzia che il 37% dei ragazzi tra i 14 e i 19 anni ha giocato d'azzardo o fatto giochi di fortuna, almeno una volta nella vita, prediligendo il canale online nel 64% dei casi; il 14% rientra tra i frequent user, ossia giovani che giocano almeno una volta a settimana (+9% rispetto a quanto registrato nel 2021). Il web è il principale canale deputato al gioco d'azzardo per la Generazione Z: il 64% sceglie infatti internet per giocare e scommettere (+18% rispetto al 2021); tra i giochi online più frequenti spiccano le scommesse sportive (31%), su eventi (26%) e ippiche (16%). Sono invece in diminuzione del 12% i giocatori di poker online. Rispetto al 2021, diminuisce del 17% il numero di giovani che si reca in locali fisici per giocare, dove il 40% acquista "gratta e vinci" mentre il 29% punta su scommesse.

Nella Regione Lazio, nel 2023, sono state 828 le persone che hanno richiesto aiuto ai servizi pubblici e del privato sociale per problematiche relative al gioco, con un'età media pari a 45 anni: tale fenomeno rimane ancora troppo spesso sommerso a causa dei vissuti di vergogna esperiti dalla persona, che cerca di risolvere le problematiche connesse al gioco, continuando a praticarlo, o rivolgendosi a professionisti privati.

Gli obiettivi

In ragione di ciò, attraverso il progetto "Quando il gioco non è più un gioco", finanziato dalla Regione Lazio con Determinazione Regionale GSA n. G 17153 del 20/12/2018 e successive, la UOC Salute Dipendenze della Asl Roma 3, che si articola attraverso le due sedi territoriali SerD area litorale e SerD area romana, sta implementando gli interventi sul gioco d'azzardo patologico, al fine di perseguire gli obiettivi generali di:

- Prevenzione, che prevede vari livelli di attività: iniziative di carattere educativo/informativo, analisi del comportamento di gioco, azioni di formazione e campagne di sensibilizzazione;
- Diagnosi, Cura e Riabilitazione, che si articola nei percorsi di valutazione e trattamento multiprofessionali e multidisciplinari;
- Rafforzamento del sistema e della rete socio-sanitaria, al fine di promuovere la diffusione di adeguate informazioni sul gioco responsabile e una migliore sinergia tra le istituzioni pubbliche e il privato sociale accreditato.

L'équipe DGA

All'interno dei servizi territoriali, è stata strutturata un'équipe specialistica multidisciplinare per ciascun SerD, così come avviene per le altre linee di attività dedicate alle dipendenze, composta da medico, medico psichiatra, psicologo, assistente sociale, infermiere pro-

fessionale ed educatore professionale. L'équipe si occupa della valutazione diagnostica, del trattamento psicologico individuale e/o di gruppo, del trattamento sociale e del trattamento riabilitativo, finalizzati alla valutazione, alla presa in carico, alla cura della patologia e reinserimento sociale dell'individuo.

Le attività di prevenzione

La prevenzione si attua attraverso diversi livelli di intervento, con iniziative di carattere educativo/informativo, azioni di formazione e campagne di sensibilizzazione.

Nello specifico, vengono realizzate:

- attività ed interventi di sensibilizzazione e formazione destinati agli insegnanti;
- campagne di sensibilizzazione attraverso i social media;
- realizzazione di uno spettacolo teatrale.

Nell'ambito dell'obiettivo generale della Prevenzione, in tale abstract, intendiamo presentare le attività rivolte in particolar modo alle scuole secondarie di primo e di secondo grado del territorio.

Il d.lgs. n. 158 del 2012 (decreto Balduzzi) ha istituito presso il Ministero della Salute un Osservatorio sul gioco d'azzardo - di cui fanno parte esperti individuati dai Ministeri ed esponenti delle associazioni rappresentative delle famiglie e dei giovani - allo scopo di monitorare il fenomeno e studiare le misure per contrastare la diffusione del gioco d'azzardo patologico. L'Osservatorio, nelle "Linee di azione" approvate dalla Conferenza Stato Regioni il 6 Dicembre 2017, definisce "prevenzione" ogni "azione diretta a impedire il verificarsi o il diffondersi di fatti non desiderati o dannosi".

Le linee di azione dell'Osservatorio nazionale sottolineano la necessità di ridurre al minimo l'impatto sui processi di socializzazione e sul benessere personale e delle famiglie per la popolazione di preadolescenti e adolescenti, che accede ai servizi.

L'istituzione scolastica può essere vista come un vero e proprio Front Office che raccolga le richieste di aiuto dei giovani e sia integrata con l'intera rete dei servizi; l'insegnante, difatti, può essere il primo "presidio di prevenzione" nei luoghi di vita frequentati ogni giorno dai giovani.

Il rationale, sottostante la realizzazione degli interventi formativi rivolti agli insegnanti, deriva da una serie di studi sulle buone prassi e sull'efficacia delle azioni di prevenzione, che ha messo in luce l'importanza e il reale impatto positivo sulla popolazione giovanile, di attività che coinvolgono gli insegnanti. Tra gli studi e i progetti di prevenzione che hanno ispirato la nostra modalità di intervento, c'è il progetto "Unplugged" - Prevenzione a scuola, creato e valutato nel progetto multicentrico

europeo EU-Dap (European Drug addiction prevention trial), coordinato dall'OED Piemonte in collaborazione con l'Università di Torino, a partire dal 2004.

Gli interventi rivolti agli insegnanti consentono loro di acquisire strumenti concreti di prevenzione; in tal senso, è possibile attivare un processo a cascata che, attraverso la mediazione di adulti significativi per i ragazzi, quali i docenti, consente di generare una reale prevenzione selettiva ed universale.

La realizzazione degli interventi di prevenzione al DGA (Disturbo da Gioco D'Azzardo), di sensibilizzazione e formazione dedicati agli insegnanti è stata attuata a partire dalla mappatura territoriale di tutti gli istituti secondari di primo e di secondo grado, afferenti al territorio di competenza della ASL Roma 3, corrispondente ai Municipi X, XI, XII del Comune di Roma e al Comune di Fiumicino.

Il primo step ha previsto l'invio di una mail informativa a tutti gli istituti mappati; successivamente, sono stati presi contatti telefonici con la dirigenza scolastica e con gli insegnanti referenti, al fine di proporre gli interventi di informazione e formazione sulla tematica del gioco d'azzardo patologico, destinati agli insegnanti.

A seguito dei primi contatti con i referenti, il primo dato che è emerso è che su 38 istituti comprensivi mappati e contattati, 11 hanno risposto favorevolmente all'idea progettuale, aderendo fin da subito agli interventi proposti. Per quanto riguarda gli istituti superiori, su 18 scuole mappate e contattate, 3 si sono mostrate interessate e hanno aderito al progetto.

È stato possibile rilevare l'importanza nel condividere con i dirigenti scolastici il rationale scientifico sottostante la realizzazione degli incontri rivolti agli insegnanti, anziché direttamente agli studenti, al fine di attivare un processo di prevenzione a cascata.

Le attività di prevenzione sono state realizzate all'interno delle scuole aderenti al progetto, attraverso incontri della durata di due ore circa. Per facilitare l'accesso degli insegnanti, gli incontri sono stati realizzati prima dell'avvio delle attività scolastiche oppure nelle fasi iniziali delle stesse.

Gli incontri sono stati orientati ad:

- aumentare la conoscenza relativa al fenomeno del gioco d'azzardo;
- offrire strumenti di osservazione e intercettazione del comportamento di gioco problematico nei giovani;
- offrire spunti di riflessione sui fattori di protezione rispetto alla strutturazione della dipendenza da gioco d'azzardo tra i giovanissimi.

La formazione ha previsto l'esposizione dei seguenti argomenti:

- definizione del Disturbo da gioco d'azzardo, secondo i

criteri delle nosografie internazionali: Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) e Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali (DSM 5);

- differenza tra gioco ricreativo e gioco patologico, lungo un continuum di compromissione;
- cornice legislativa italiana;
- individuazione dei fattori di rischio per la strutturazione di una dipendenza da gioco d'azzardo, secondo il Modello bio-psico-sociale;
- individuazione di eventuali fattori di protezione per i giovani;
- il gioco d'azzardo in adolescenza, dati delle ultime ricerche effettuate su questa fascia di età;
- riflessione condivisa sui fattori di rischio per l'accesso al gioco, con particolare riferimento ai giochi d'azzardo on line;
- prevenzione, ossia individuazione dei segnali da attenzionare a scuola nei giovani e giovanissimi;
- prevenzione, ossia spunti di riflessione sull'implementazione e potenziamento delle life skills, quali fattori di protezione rispetto alla strutturazione di un DGA;
- esperienza interattiva con i docenti;
- descrizione delle attività del SerD, con particolare attenzione alle attività di valutazione multidisciplinare e multiprofessionale, presa in carico e trattamento del disturbo da gioco d'azzardo e delle dipendenze per la fascia di età 13-22 anni, secondo la linea PDTA Minori e Giovani adulti.

Gli insegnanti hanno mostrato una partecipazione attiva e collaborativa, consentendo di creare un confronto costruttivo sulla diffusione del fenomeno tra i giovani e sulla necessità di prevenzione e di intervento tempestivo. Attraverso il confronto e il dialogo con gli insegnanti sono emersi molteplici spunti di riflessione utili rispetto alla riprogettazione e riprogrammazione degli interventi di prevenzione, che eventualmente verranno riproposti ed attuati nella prossima progettazione, relativi anche ad altri ambiti di vita significativi dei giovani.

Bibliografia

- Averna Roberto (a cura di) "A scuola di salute, Guida alla dipendenza dal gioco d'azzardo." www.ospedalebambinogesu.it
- Calandra, R., Cirillo, L. (2019). Gaming e gioco d'azzardo. Puntare sulla crescita. In Lancini, M. (a cura di), «Il ritiro sociale negli adolescenti. La solitudine di una generazione iperconnessa.» Raffaello Cortina, pp.137-149.
- Casciani, O., De Luca O. (a cura di), 2018. Il Trattamento Psicologico e Psicoterapeutico del Disturbo

da Gioco d'Azzardo in una prospettiva multidisciplinare, Edizioni Publiedit Dipartimento di Epidemiologia del Servizio Sanitario Regionale del Lazio - Relazione annuale sul fenomeno delle dipendenze nel Lazio, dati anno 2023, Sistema Informativo Regionale per le Dipendenze (SIRD).

- DSM-5 Manuale Diagnostico e Statistico dei disturbi mentali (quinta edizione). Milano, Raffaello Cortina Editore (2014)
- Griffiths, M.D. (2002). Gambling and gaming in adolescence. London: Blackwell.
- Lipari, A., Picone, F., Scardina, S. (2010), «La clinica dell'addiction e il gioco d'azzardo patologico: un approccio evolutivo-relazionale». In Picone, F. (a cura -di), «Il gioco d'azzardo patologico. Prospettive teoriche ed esperienze cliniche». Carocci, Roma pp.85-92.
- Ministero della Salute, Decreto 16 luglio 2021, n. 136 "Regolamento recante adozione delle linee di azione per garantire le prestazioni di prevenzione, cura e riabilitazione rivolte alle persone affette dal gioco d'azzardo patologico (GAP). (GU n. 238 del 05/10/2021).
- Ministero della Salute, Decreto-legge 13 settembre 2012, n. 158, «Disposizioni urgenti per promuovere lo sviluppo del Paese mediante un piu' alto livello di tutela della salute.»
- "Relazione Libro Blu" e "Appendice Libro Blu 2021" - Agenzia delle Accise, Dogane e Monopoli. Rapporti ISTISAN 19/28, "Gioco d'azzardo in Italia: ricerca, formazione e informazione": risultati di un progetto integrato. Roma: Istituto Superiore di Sanità, 2019.
- Unplugged - Prevenzione a scuola, un programma del progetto European Drug Addiction Prevention trial (2004)
- <https://www.nomisma.it/press-area/nomisma-giovanie-gioco-dazzardo/>

8.12

GIOVANI E ADULTI AI TEMPI DI INTERNET. UN POSSIBILE APPROCCIO ALL'INTERNO DEL SERD

Zanin B., Poggioli R.

ASFO - DDSM - Area Dipendenze - Pordenone - Italy

L'équipe dedicata alle nuove forme di dipendenza comportamentale del SerD di Pordenone ha individuato nei gruppi per genitori di figli che iperutilizzano internet e tecnologie e nel supporto individuale e laboratoriale per i giovani, un modello operativo funzionale a far fronte alle richieste sempre più presenti nei servizi per le dipendenze.

Prolegomeni

Il concetto di Internet Addiction Disorder (IAD) pone notevoli problemi di definizione e interpretazione viste le posizioni controverse all'interno del dibattito scientifico. Le numerose ricerche eseguite fino ad oggi non hanno ancora consentito di individuare dei criteri diagnostici chiari e condivisi dai diversi autori, risultando perciò prive di un modello comune di applicabilità. Il principale ostacolo nel raggiungimento del consensus omnium sulla definizione del fenomeno risulta essere la rapidità dell'evoluzione della tecnologia stessa, che rende pressoché impossibile applicare la metodologia sperimentale, con le sue tempistiche e la necessità di ulteriore validazione di ogni risultato raggiunto, a un sistema in continua trasformazione che rischia di rendere in breve tempo anacronistico ogni esperimento progettato. Di conseguenza, negli ultimi decenni sono state proposte oltre trenta definizioni diverse di possibili aree di disagio o di disturbi veri e propri riferibili a una qualche forma di dipendenza correlata all'uso di Internet (Giovannelli, 2018). Le evidenze scientifiche indicano come le tecnologie abbiano un grande impatto sui processi mentali e sulle abitudini comportamentali: internet risulta sempre più coinvolto nell'esecuzione di compiti scolastici, lavorativi, familiari, e in generale nell'accesso e fruizione di servizi indispensabili per la vita quotidiana. Oltre a questo la connettività offre nuove possibilità di sperimentare la propria identità, soprattutto nell'adolescenza (Turkle, 2019).

L'interpolazione tra la dimensione reale e virtuale dell'e-

sperienza umana è tale da aver portato alcuni autori a utilizzare l'espressione "onlife" (Floridi, 2014) per designare l'inscindibilità di questi mondi, un tempo separati, nell'epoca contemporanea. L'aumento di utilizzo dei dispositivi e della rete sta tuttavia imponendo una riflessione ai professionisti della salute sui possibili approcci e sulle modalità più adeguate di risposta all'utente che si rivolge ai servizi specialistici per problematiche relative alle tecnologie stesse. Attribuire una diagnosi è di per sé un'operazione complessa e diventa ancora più delicata quando si tratta di un adolescente o giovane adulto che si trova in una condizione evolutiva e quindi in continua trasformazione. Al di là del problema diagnostico e nosografico, tuttavia, la sfida principale che riguarda i servizi riguarda la strutturazione di risposte terapeutiche capaci di adattarsi al contesto in continuo mutamento. Dal confronto diretto con forme di sofferenza i cui sintomi concernono l'utilizzo di Internet è sorta la necessità, presso il SerD di Pordenone, della costituzione di un'équipe dedicata alle nuove forme di dipendenza comportamentale in grado di offrire un impianto di presa in carico e trattamento che coinvolga adolescenti e genitori in un percorso parallelo ma congiunto. Un aspetto centrale dell'operato è stata la collaborazione con altri servizi legati all'adolescenza che sono indispensabili nell'individuazione dei luoghi e dei percorsi di cura più adeguati per la persona.

Genitori

La domanda di presa in carico di giovani che utilizzano internet e strumenti tecnologici di vario genere proviene principalmente da genitori preoccupati per l'utilizzo dei dispositivi da parte dei propri figli. Il primo passo consiste perciò nell'accoglimento di una domanda d'aiuto estrinseca, che condensa i timori e le angosce del mondo adulto nei confronti delle tecnologie, alimentando una conflittualità familiare che si manifesta anche nei primi colloqui al Servizio. Ascolto e comprensione delle preoccupazioni genitoriali si dimostrano in questa fase essenziali per la nascita di una forma embrionale di alleanza terapeutica. Tuttavia, a fronte della richiesta di soluzioni educative immediate e di facile applicazione nel contesto quotidiano, laddove il comportamento problematico viene ascritto esclusivamente all'adolescente la risposta degli operatori mira innanzitutto a un ampliamento della prospettiva sul nucleo familiare preso nel suo insieme. La proposta diventa dunque, contrariamente alle aspettative genitoriali, quella di una presa in carico anche della coppia degli adulti di riferimento, qualora possibile, all'interno di un gruppo psicoeducativo. Il gruppo nasce come uno strumento di sostegno, supporto e orientamento delle famiglie nella gestione e nella comprensione dell'utilizzo dei dispositi-

vi da parte dei figli. La cadenza è quindicinale, secondo una programmazione calendarizzata con largo anticipo per consentire la riorganizzazione delle famiglie. La conduzione del gruppo è affidata a due psicoterapeute, che si avvalgono inoltre dell'aiuto di un'osservatrice e verbalizzatrice esterna. Si tratta di un gruppo semiaperto (Foulkes, 1978), con modalità *slow open* (Neri, 2017, 2021) e senza una conclusione prevista: il primo gruppo, tuttora attivo, è stato avviato a settembre 2023 ed ha visto la partecipazione di cinque coppie di genitori che hanno accettato di intraprendere il percorso proposto all'interno del progetto terapeutico. Durante gli incontri sono stati affrontati diversi temi, a partire dalla sensibilizzazione rispetto alla realtà di internet e del gaming, per arrivare ai compiti evolutivi fisiologici e psicologici dell'adolescente e all'avvicinamento al mondo delle emozioni, spesso coartate o misconosciute nelle famiglie trattate, tramite un'alfabetizzazione emotiva (Anzieu, 1976; Bion, 1971; Corbella, 2003; Evans, 2001). L'obiettivo generale perseguito è stato l'aumento di consapevolezza e l'incremento della capacità di lettura genitoriale rispetto alle situazioni di disagio o eventuali psicopatologie manifestate dai figli.

Giovani

Gli adolescenti che fanno accesso al servizio possono sperimentare un trattamento di setting individuale o laboratoriale nel piccolo gruppo. Nella fase iniziale di conoscenza vengono previsti dei colloqui educativi che mirano a comprendere lo stato di benessere globale della persona in relazione alle modalità di utilizzo di internet e dei dispositivi, e la capacità di riflessione rispetto ai rischi dell'uso eccessivo. Il ragazzo viene gradualmente accompagnato dall'operatore a intraprendere un percorso di terapia con la figura dello psicologo o viene introdotto un'attività pratica che valorizzi la dimensione del "fare insieme". Da qualche anno alcuni professionisti della salute hanno iniziato ad utilizzare i videogiochi come strumento terapeutico-riabilitativo (Croce e Mazzoli, 2023; Lavenia, 2018; Lancini, 2019; Tisseron, 2016) ed è stato proprio il confronto con queste esperienze nazionali e internazionali a ispirare la strutturazione di un laboratorio di gaming per giovani dai 15 ai 18 anni che si rivolgono al SerD di Pordenone per problematiche relative all'uso eccessivo del web e degli strumenti tecnologici. Il laboratorio esperienziale ha una cadenza settimanale ed è tenuto da uno psicologo e un'educatrice per la durata totale di un'ora presso un salone del servizio attrezzato con uno schermo e una piattaforma di gioco, attorno la quale i partecipanti si siedono con gli operatori in cerchio. Gli operatori individuano già a monte i partecipanti, non prevedendo ulteriori ingressi in itinere, e il gioco da utilizzare in

base alle tematiche da affrontate stabilite a livello terapeutico. Nell'anno 2024 è stato scelto un videogioco della durata di circa dodici ore, in cui veniva affrontato il tema delle emozioni e delle dinamiche relazionali all'interno della famiglia. Il laboratorio prevede sempre lo sviluppo di un videogioco multiplayer cooperativo, quindi giocato da due persone nello stesso momento. L'ora di seduta si suddivide nello specifico in: dieci minuti iniziali dedicati all'accoglienza dei partecipanti, a seguire quaranta minuti di gioco suddivisi in due turni in cui due giocatori si alternano nell'attività e, infine, dieci minuti di riflessione stimolata e supportata dagli operatori rispetto alla sessione di gioco svolta. L'intento del laboratorio è quello di utilizzare con i ragazzi e le ragazze uno strumento facilmente fruibile e conosciuto, a chi più e a chi meno, ed incentivare la cooperazione tra i partecipanti, cercando di stimolare una libera condivisione del pensiero tramite un confronto tra pari in un contesto protetto e potendo usufruire del supporto degli operatori. In termini simbolici, la sfida è quella della trasformazione del videogioco da oggetto autistico a oggetto transizionale, plasmando attraverso l'attività condivisa un'area transizionale (Winnicott, 2019) che faciliti la relazione e lo scambio con l'Altro. Spesso infatti si riscontra nei giovani che iniziano un percorso all'interno del servizio una significativa difficoltà relazionale e di verbalizzazione, motivo per cui l'interazione nelle prime sedute di laboratorio è molto ridotta e povera di contenuti. Con l'andare delle sedute si registra invece il miglioramento della capacità di problem solving, di cooperazione, di modulazione delle emozioni e dei tentativi di comunicazione efficace. I ragazzi perlopiù rimandano agli operatori la percezione di sentirsi valutati positivamente dal mondo adulto e di sentirsi quindi più liberi di esprimersi nel susseguirsi delle sedute mostrando maggiore chiarezza del proprio sentire e comprensione delle difficoltà che li bloccano su vari aspetti evolutivi. Questa modalità di intervento laboratoriale permette all'operatore di avere uno sguardo e un approccio creativo rispetto ad altri metodi classici di trattamento.

Conclusioni

L'équipe dedicata alla presa in carico di giovani che manifestano un uso eccessivo di internet e delle tecnologie vede la tecnologia non come un ostacolo, ma come un'ulteriore preziosa opportunità di interagire con i ragazzi. L'approccio curioso, non istituzionalizzante e non giudicante permette di agganciare con efficacia i ragazzi e avviarli verso un percorso di cura e di consapevolezza del proprio benessere personale. La comprensione dell'utilizzo della rete e dei dispositivi da parte dei ragazzi all'interno di un dialogo sorretto da autentico

interesse permette agli operatori di sperimentare metodologie alternative e di impatto terapeutico sull'utenza. Tale approccio si dimostra utile anche per stimolare nei genitori un avvicinamento e ottenere un quadro più ampio dello stato psichico, affettivo, relazionale ed evolutivo dell'adolescente (Lancini, 2019). Senza banalizzare i sintomi e i rischi connessi all'uso delle tecnologie, l'avvicinamento ai giovani seguendo un'ottica evolutiva di fronte all'adolescente che iperutilizza amplia la qualità degli interventi e la possibilità di creare dei progetti terapeutici più efficaci da sviluppare ulteriormente in futuro.

Bibliografia

- Sherry Turkle (2019), *Insieme ma soli. Perché ci aspettiamo sempre più dalla tecnologia e sempre meno dagli altri.* Torino, Einaudi.
- Mauro Croce e Pier Giovanni Mazzoli (2023), *Dipendenze e disturbi da tecnologie digitali. Indicazioni per la comprensione e l'intervento clinico integrato.* Roma, Publiedit.
- Giuseppe Lavenia (2018), *Le dipendenze patologiche. Valutazione, diagnosi e cura.* Firenze, Giunti.
- Matteo Lancini (2019), *Il ritiro sociale negli adolescenti. La solitudine di una generazione iperconnessa.* Milano, Raffaello Cortina Editore.
- Serge Tisseron (2016), *3-6-9-12. Diventare grandi all'epoca degli schermi digitali.* Bescia, La scuola SEI.
- Sigmund Heinrich Foulkes (1978), *La psicoterapia gruppo analitica.* Roma, Astrolabio.
- Claudio Neri (2017), *Gruppo.* Milano, Raffaello Cortina Editore.
- Claudio Neri (2021), *Il gruppo come cura.* Milano, Raffaello Cortina Editore.
- Wilfred R. Bion (1971), *Esperienze nei gruppi.* Roma, Armando Editore.
- John Evans (2001), *Psicoterapia Analitica di gruppo per adolescenti.* Roma, Edizioni Borla.
- Didier Anzieu (1976), *Il gruppo e l'inconscio.* Roma, Edizioni Borla.
- Silvia Corbella (2003), *Storie e luoghi del gruppo.* Milano, Raffaello Cortina Editore.
- Donald Winnicott (2019), *Gioco e realtà.* Roma, Armando Editore.
- Paolo Giovannelli (2018). *Definizione, epidemiologia e inquadramento clinico dell'Internet Addiction.* In F. Lugoboni & L. Zamboni *In Sostanza – Manuale sulle dipendenze patologiche – Volume I* (pp.207-212). Verona, Edizioni Clad.

8.13

LA DIPENDENZA DA NUOVE TECNOLOGIE. L'ESPERIENZA DEL SERVIZIO DIPENDENZE DA COMPORTAMENTI DELL'ASL CITTÀ DI TORINO

Stara G.

SSD Dipendenze da Comportamenti dell'ASL Città di Torino - Torino - Italy

In questo lavoro viene presentato il fenomeno della Dipendenza da Nuove Tecnologie, in particolare l'Internet Gaming Disorder nelle sue caratteristiche espressive e modalità di trattamento.

Viene inoltre riportata l'esperienza della SSD Dipendenze da Comportamenti dell'ASL Città di Torino.

Introduzione

La rivoluzione tecnologica ha trasformato radicalmente le nostre abitudini: Internet, lo smartphone, il computer, insieme alle altre innumerevoli tecnologie digitali, fanno ora parte della nostra quotidianità, a tal punto che risulta difficile, se non improprio, riuscire a distinguere la realtà tra virtuale e reale. Per dirla con le parole di Floridi, la nostra è la società dell'onlife, termine che fa riferimento alla continua interazione tra la realtà materiale e analogica con quella virtuale e interattiva (Floridi, 2012).

La rivoluzione tecnologica è però allo stesso tempo una rivoluzione psicologica, perché ha influenzato profondamente il nostro modo di vivere: in primis, è cambiata la relazionalità, che oggi è (anche) web-mediata, con tutte le conseguenze che questo comporta, come ad esempio l'estromissione del corpo dal campo relazionale e la facilitazione che comporta avere uno schermo che media, soprattutto per gli adolescenti; in secondo luogo, è cambiato il modo di costruire la propria identità, che passa inevitabilmente anche dall'online (Bernardelli, 2022).

L'adolescente è il soggetto maggiormente coinvolto dalla digitalizzazione che ha rivoluzionato il modo di affrontare l'adolescenza, ma non sono minimali neanche le trasformazioni che la digitalizzazione ha apportato alla vita degli adulti e dei bambini, il cui consumo digitale è sempre più precoce e massiccio (Marangi, 2023). Indubbiamente sono molti i benefici che si possono trar-

re dalle tecnologie in quanto sono indispensabili strumenti di informazione, comunicazione, lavoro e intrattenimento; tuttavia occorre maggiore consapevolezza sui rischi che un uso eccessivo comporta alla propria salute psicofisica.

Lo smartphone, i social, i videogiochi sono infatti prodotti additivi, progettati appositamente nelle loro componenti e funzioni per poter massimizzare la nostra fruizione, catturare la nostra attenzione e farci perseverare nel loro utilizzo. Tutto questo accade per l'aspetto ludico ed evasivo di molte attività che è possibile fare con i devices: utilizzare lo smartphone per accedere ai social o per videogiocare è un'attività piacevole e divertente. Per alcuni, inoltre, il mondo virtuale può divenire un rifugio, un modo di evadere da una realtà vissuta come insostenibile. In questa sofferenza si trovano sempre più giovani, soprattutto adolescenti, che, nell'affrontare le sfide evolutive, faticano a tollerare la frustrazione e sentono di non avere abbastanza risorse e capacità per impegnarsi a scuola, a lavoro o in un qualsiasi altro progetto. La rete offre una realtà più protetta, dove ci si sente più sicuri e forti dietro il proprio avatar. Videogiocare, piuttosto che scrollare il feed dei social media, rappresenta un comportamento che può divenire compulsivo, proprio perché in qualche modo va a sostituire un bisogno con una gratificazione.

Questo avviene quando la funzione della rete smette di essere di accompagnamento al processo di costruzione identitaria e passa a essere la modalità prevalente rispetto a tutte le altre attività sociali.

Sono state descritte varie forme di utilizzo patologico delle tecnologie, che alcuni ricercatori hanno denominato "tecnopatologie" o "tecnopatie" (Bernardelli, 2022). L'unico disturbo che ad oggi trova una descrizione nel DSM 5 e nell'ICD-11 è l'Internet Gaming Disorder (IGD), noto anche come "Dipendenza da videogiochi". Tuttavia la ricerca ha messo in evidenza varie forme di dipendenza da tecnologie, di cui non c'è ancora una concettualizzazione diagnostica, tra le quali si trova: la dipendenza da Internet, di cui si è iniziato a parlare più di vent'anni fa (Young, 1996) e la dipendenza dallo smartphone e dai social media, che spesso si accompagna all'IGD (Weaver e Swank, 2021).

Internet Gaming Disorder

La ricerca si è sviluppata intorno al costrutto di Internet Gaming Disorder, così come viene presentato dalla quinta edizione del Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali (DSM 5), che l'ha inserito nella terza sezione, intitolata "Condizioni che necessitano di ulteriore studio". Qui l'IGD viene definito come «uso persistente e ricorrente di Internet per partecipare a giochi, spesso con altri giocatori, che porta a compromissione

o disagio clinicamente significativi come indicato dalla presenza di cinque (o più) dei seguenti criteri per un periodo di 12 mesi:

- preoccupazione riguardo al gaming;
- sintomi di astinenza;
- bisogno di trascorrere crescenti quantità di tempo nel videogiocare;
- tentativi infruttuosi nel limitare l'attività;
- perdita di interesse verso altre attività;
- uso continuativo ed eccessivo;
- menzogne ad amici e parenti per occultare l'entità del problema;
- usare il gaming per eludere stati d'animo negativi
- l'aver compromesso una relazione, un lavoro, la propria carriera scolastica» (DSM 5, 2013).

In Italia, secondo i dati di Iidea (Italian Interactive Digital Entertainment Association), nel 2023 i videogiocatori sono stati 14,2 milioni, con un'età media di 29,8 anni.

Alcuni studi evidenziano una differenza di genere nei tempi e nelle preferenze tra le varie tipologie di videogiochi, tuttavia questa differenza è lieve (il 40% dei gamers sono donne e il 60% sono uomini).

Secondo lo studio relativo all'anno 2022 per l'Italia dell'Health Behaviour in School-aged Children, l'ente di ricerca che collabora con l'Istituto Superiore di Sanità e l'OMS, il 19,6% degli adolescenti risulta a rischio di sviluppare un uso problematico dei videogiochi; a ciò si aggiunge che un altro 15% dichiara di passarci mediamente almeno 4 ore al giorno. La fascia più a rischio di uso problematico è quella dei preadolescenti, con età compresa tra gli 11 e i 13 anni (HBSC, 2022).

Le stime sulla prevalenza dell'IGD nella popolazione variano a seconda dei criteri di indagine utilizzati e dei paesi di riferimento e si assestano intorno all'8% considerando la popolazione dei videogiocatori, mentre a livello di popolazione mondiale, è l'1,96% che sviluppa questa forma problematica di comportamento (Kim e Chun, 2023).

Alcuni studi hanno evidenziato che negli adolescenti esistono dei fattori di rischio della dipendenza da gaming, quali l'impulsività, l'ansia, la depressione, una mancanza di supervisione da parte dei genitori, problemi relazionali con i pari e altre difficoltà personali (Kim e Chun, 2023). Anche gli adolescenti che hanno abbandonato la scuola e che sperimentano uno stigma sociale hanno più possibilità di sviluppare una forma patologica di gaming.

Tra chi sviluppa tale compulsione sono state riscontrate problematiche relazionali e famiglie disfunzionali, fobie scolari, disturbi dell'umore e d'ansia, ADHD e Disturbi dello Spettro dell'Autismo (in particolare la sindrome di Asperger) (Ko, 2014). L'uso dei videogiochi può essere

associato a un'insoddisfazione rispetto alla propria vita e rappresenta una fuga, un modo di evadere dallo stress e dai fastidi che si percepiscono quotidianamente (Kuss et al., 2012).

Sono stati inoltre riscontrati alcuni fattori protettivi, come l'attaccamento sicuro ai pari e ai genitori. Un attaccamento genitoriale sicuro permette all'adolescente di costruire un'idea di sé più positiva (Nielsen et al., 2020). Nel caso degli adolescenti si evita di fare diagnosi di dipendenza, per non etichettare una personalità che è ancora in evoluzione (Valente, 2023). Questo non significa che i minorenni non possano sviluppare un rapporto patologico con l'attività di gaming, motivo per cui è importante la valutazione clinica e la presa in carico da parte dei servizi competenti, soprattutto per le conseguenze che questo tipo di uso problematico comporta, che riguardano principalmente la sfera relazionale.

L'Internet Gaming Disorder ha infatti un impatto sulle relazioni interpersonali, perché le relazioni virtuali vanno a sofferire quelle sempre più trascurate nella realtà.

Non è raro, per i videogamers più gravi, perdere la concezione del tempo, saltare i pasti ed evitare di lavarsi, ritardare sempre di più l'ora dell'addormentamento, fino ad arrivare all'inversione del ritmo circadiano, con veri e propri disturbi del sonno (Zimbardo e Coulombe, 2015). Inoltre, si può manifestare nervosismo e agitazione, oltre ai disturbi fisici dovuti alla sedentarietà e al mantenimento della stessa postura.

L'IGD, soprattutto nei casi di comorbidità con disturbi psichici, può accompagnarsi al ritiro sociale. Nei casi di ritiro sociale, l'uso dei devices può essere visto come un modo di tenere ancora un contatto con il mondo esterno, mentre nei casi più gravi di ritiro sociale la persona non utilizza alcun dispositivo, rimanendo ancora più esclusa dai contatti sociali, per una sostanziale incapacità di confrontarsi con chiunque altro, nemmeno attraverso uno schermo.

Il trattamento

Il trattamento delle dipendenze da tecnologie si basa sugli stessi fondamenti terapeutici che guidano i percorsi di riabilitazione e cura delle altre patologie compulsive (Tonioni, 2013).

Gli strumenti trattamentali più efficaci e utilizzati sono la psicoterapia, i gruppi riabilitativi, la psicoeducazione e la farmacoterapia.

Il comportamento compulsivo legato all'uso dei dispositivi digitali rappresenta l'instaurarsi di uno stato dissociativo, una sorta di difesa da una situazione che viene vissuta come insostenibile e che non consente compromessi; il paziente che la sperimenta si sente disconnesso rispetto ai propri pensieri, emozioni e dalla propria

memoria (Tonioni, 2013).

Contenere la compulsività significa contenere le ore di connessione, ma anche quelle dedicate al pensare al gioco: la persona che ha sviluppato una dipendenza compulsiva, come quella da gaming, non soltanto trascorre un determinato tempo a giocare, ma ne trascorre anche un altro a pensare in maniera pervasiva alle sessioni di gioco, a cosa ha in mente di fare non appena si ricollega e cosa potrebbe, nel frattempo, essere successo nel videogioco, oppure ripensa alle sensazioni positive che il tornare a giocare gli potrebbe fornire: si tratta a tutti gli effetti di uno spazio mentale occupato, che va ad aggiungersi allo spazio mentale già risucchiato dal videogioco (Tonioni, 2013).

La psicoeducazione si focalizza in particolare (Lopez-Fernandez e Kuss, 2020):

- nell'incoraggiare la motivazione e il coinvolgimento in altre attività gratificanti che siano alternative all'uso dei devices;
- nell'aiutare la persona nello sviluppare nuove capacità cognitive ed emozionali per riuscire a fronteggiare meglio le difficoltà;
- nel supportare la persona nell'acquisizione di uno stile di vita più sano;
- nel proporre opzioni di rilassamento e svago alternative (come leggere, incontrare persone, fare sport).

Il terapeuta accompagna il soggetto a comprendere le cause e le conseguenze che il ripetersi del comportamento scatena.

Comprendere gli aspetti emotivi sottesi all'attività con cui si ha un rapporto di dipendenza è fondamentale. È utile perciò chiedersi quale emozione scatena il desiderio di videogiocare: il non riuscire a tollerare la noia, la frustrazione, piuttosto che una situazione familiare vissuta come intollerabile, la necessità di iperstimolarsi continuamente.

Anche la farmacoterapia (attraverso farmaci serotoninergici e stabilizzatori dell'umore) mostra effetti positivi nel ridurre la sintomatologia dalle Internet addictions, la cui efficacia aumenta in combinazione con la psicoterapia e la terapia familiare (Kuss e Lopez-Fernandez, 2016).

L'esperienza della SSD Dipendenze da Comportamenti dell'ASL Città di Torino

La Struttura Semplice Dipartimentale Dipendenze da Comportamenti è il servizio specialistico ambulatoriale dell'ASL Città di Torino afferente al Dipartimento delle Dipendenze, in cui vengono trattati i Disturbi da Gioco d'Azzardo, da Shopping Compulsivo, le Dipendenze Sessuali e Affettive e le Dipendenze da Internet.

Il servizio nasce nel 2019 a seguito dell'accorpamento in un'unica sede dei vari ambulatori che da anni si occupa-

vano del trattamento del Disturbo da Gioco d'Azzardo all'interno dei Servizi per le Dipendenze (SerD).

Il metodo di lavoro si basa sull'intervento multidisciplinare, reso possibile grazie alla compresenza di diverse figure professionali, quali lo psichiatra, l'educatore professionale, lo psicoterapeuta e l'assistente sociale, che operano con pazienti e familiari.

La maggior parte dei pazienti che si rivolgono al servizio presenta l'Internet Gaming Disorder.

È interessante notare che il 91% dei pazienti che sono stati presi in carico in questi cinque anni è di sesso maschile e che l'80% sia under 30.

In linea con quanto riportano le ricerche in letteratura, i pazienti seguiti dal servizio presentano solitamente delle comorbidità con altri disturbi psichici, le più frequenti delle quali sono: l'ADHD, il Disturbo dello Spettro Autistico, il Disturbo Ossessivo Compulsivo, Disturbo da Ansia generalizzata, i Disturbi dell'umore e i Disturbi di personalità.

Nell'esperienza clinica maturata in questi anni, sono state riscontrate alcune situazioni ricorrenti come: una fatica da parte dei genitori nell'affrontare l'età adolescenziale, difficoltà nell'instaurare una comunicazione efficace e autorevole con i figli; un voler evitare il conflitto tra genitore-figlio perché vissuto come pericoloso e insostenibile, con la conseguenza di non impostare linee educative ferme; assenza di uno dei due genitori (fisica, emotiva o educativa); la presenza di eventi critici o traumatici in famiglia (abbandoni, violenze, lutti, malattie).

Solitamente sono i genitori a rivolgersi al servizio e a riportare come problematico il comportamento dei figli rispetto all'uso dei devices. In particolare, i genitori spesso riferiscono di un'eccessiva quantità di tempo trascorsa online, di una trascuratezza o di un'interruzione delle attività che prima venivano svolte (hobby, sport, uscite con gli amici) e una chiusura comunicativa. Un altro campanello d'allarme riportato dai genitori è il calo del rendimento scolastico, le assenze a scuola e il ritardo dell'orario di addormentamento.

In molti casi questi comportamenti si accompagnano ad atteggiamenti aggressivi quando viene impedito di usare i dispositivi o se viene ostacolata la connessione alla rete Internet.

Per la presa in carico dei pazienti minorenni, è necessaria l'autorizzazione al trattamento da parte di entrambi i genitori. Quest'ultimo aspetto talvolta costituisce un problema che rallenta la presa in carico. Non di rado s'incontrano genitori che si sono separati in maniera conflittuale e che faticano a trovare un comune accordo sulle scelte educative e sanitarie dei figli.

L'accoglienza ha come fine la ricezione della domanda, l'analisi dei bisogni espressi e inespressi e del contesto

socio-familiare. A tal fine vengono indagate diverse aree che riguardano la vita della persona: l'andamento scolastico o lavorativo, il modo in cui viene trascorso il tempo libero, la presenza di relazioni amicali e sentimentali, la sessualità, il rapporto con la propria identità di genere e il proprio corpo e il rapporto con la propria famiglia.

Oltre a raccogliere il dato del tempo di utilizzo dei dispositivi, è altrettanto importante indagare cosa viene fatto online, se vi è un'attività prevalente rispetto alle altre, se viene messo in atto un comportamento a rischio, come il giocare d'azzardo, se vi è una sovraesposizione online di sé o se si fanno acquisti all'interno dei videogiochi.

È significativo comprendere che cosa rappresenti e cosa vada a sostituire in termini emotivi quell'attività per la persona.

Anche ai familiari viene chiesto di fare una narrazione rispetto a questo problema e vengono inoltre indagate le rappresentazioni e i miti familiari legati al proprio figlio, essendo un aspetto che influisce molto nella crescita dei figli.

Dopo l'accoglienza viene riportato il caso in équipe e viene elaborato un programma terapeutico personalizzato.

Laddove si riscontra una problematica rispetto allo stile educativo, vengono previsti interventi di consulenza, in cui si supportano i genitori nel mettere in pratica delle strategie educative, nello stabilire delle regole rispetto all'uso dei devices e nel migliorare la comunicazione e l'autorevolezza genitoriale.

Se invece si riscontra un uso patologico dei devices, si propone una presa in carico del paziente attraverso un percorso educativo o psicoterapico individuale.

Ai ragazzi viene esplicitato che tipo di percorso si farà insieme e la sua durata. Questo li aiuta solitamente ad avere chiaro il tipo di impegno richiesto, senza che venga vissuto come insostenibile o infinito. Inoltre, viene ribadito che il terapeuta manterrà la riservatezza di ciò che verrà detto con i suoi genitori, proprio per favorire fiducia nella relazione terapeutica e libertà nel raccontarsi.

Il contesto familiare, soprattutto per i pazienti più giovani ancora legati alla propria famiglia d'origine, è parte integrante del trattamento. Ai genitori viene perciò offerta la possibilità di partecipare a un gruppo di supporto psicoeducativo, in cui viene spiegato come si manifesta questo tipo di dipendenza, il trattamento che si mette in atto e ciò che ne può influenzare positivamente il decorso.

I terapeuti che seguono il paziente sono distinti da quelli che si occupano dei genitori, per evitare triangolazioni e per favorire l'alleanza terapeutica.

Il trattamento prevede infine un lavoro di rete con gli

altri servizi coinvolti nel trattamento: in questi anni, si è collaborato con i Centri di Salute Mentale e i Servizi Sociali del territorio, la Neuropsichiatria Infantile e altri servizi specialistici.

L'elemento che permette al paziente di avvicinarsi e di superare resistenze interne e la timidezza è l'approccio di autentico interesse dei terapeuti nei confronti del mondo virtuale, un ascolto che si esplica in assenza di pregiudizi e demonizzazione, un'attitudine che non è sempre riscontrabile nel mondo degli adulti, che, per quanto siano immersi nel digitale al pari dei più giovani, spesso demonizzano dispositivi e piattaforme social.

Mantenere un dialogo aperto su quello che si fa online è un aspetto importante che non andrebbe trascurato neanche dai genitori, perché i ragazzi e ancora di più i bambini devono poter aver modo di raccontare ai propri adulti di riferimento ciò che provano e che fanno online. L'adulto in questo senso non deve sentirsi fuori dal discorso per via del gap generazionale, ma deve cercare il più possibile di essere un punto di riferimento: gli esperti del digitale non possono essere i figli minorenni, ma devono esserlo gli adulti.

L'obiettivo del trattamento non è tanto quello dell'interruzione dell'uso degli strumenti digitali, che risulterebbe inverosimile viste tutte le attività indispensabili che quotidianamente si compiono tramite Internet, quanto quello di trovare un equilibrio tra la vita sugli schermi e la vita reale.

A seconda dei casi specifici, gli obiettivi riabilitativi possono riguardare l'intraprendere una nuova attività (lavorativa, ricreativa, risocializzante) o il riprendere il percorso di studi. Come si è visto, l'abbandono scolastico è una conseguenza non così inusuale tra i ragazzi che sviluppano una dipendenza da gaming. In questi casi, la rete dei servizi coinvolti nella presa in carico del minore concorda con la scuola dei programmi di rientro graduati, in cui viene chiesto di riprendere lo studio, portando a termine dei compiti a casa per poi far ritorno in classe in un secondo momento.

Inoltre, le esperienze di condivisione in presenza, come lo sport, sono importanti perché consolidano le abilità prosociali e permettono l'instaurarsi di legami di amicizia o sentimentali, che aiutano la persona a sentirsi meglio. Infine lo sport migliora la condizione di salute della persona, spesso peggiorata per via della sedentarietà che l'attività online protratta procura.

Conclusioni

La dipendenza da nuove tecnologie è un fenomeno in crescita, che coinvolge soprattutto gli adolescenti, ma che non esclude gli adulti.

La ricerca si è consolidata intorno al costrutto di Internet Gaming Disorder, un disturbo che necessita di

ulteriori studi e approfondimenti, ma che trova già un rispecchiamento in molti adolescenti e giovani adulti alle prese con le sfide evolutive.

I soggetti che sviluppano questo tipo di dipendenza arrivano a compromettere il loro funzionamento lavorativo o scolastico e le loro relazioni amicali e familiari.

Nei casi più gravi tale situazione può sfociare in un ritiro sociale con interruzione del percorso scolastico e dei contatti sociali e isolamento nella propria stanza.

Spesso l'IGD si manifesta in associazione ad altre problematiche psichiche, come disturbi dell'umore e d'ansia, ADHD, Disturbi dello Spettro Autistico e altre ancora.

Molti genitori di adolescenti sperimentano difficoltà nel regolamentare l'utilizzo dei dispositivi digitali.

I dispositivi digitali hanno una componente attrattiva forte: essi sono fonte di evasione, intrattenimento, gioco, competizione, divertimento, connessione con altre persone.

Perdere la cognizione del tempo trascorso online non è inusuale nemmeno tra gli adulti.

Le caratteristiche dei social media e dei videogiochi rendono di fatto questi strumenti prodotti additivi. Per questo motivo è utile educare a un utilizzo critico e consapevole di questi mezzi, fine ultimo della digital literacy, l'alfabetizzazione digitale. Questa prevede, accanto a una conoscenza tecnica dei nuovi strumenti di informazione e comunicazione, anche una consapevolezza di quali possano essere i rischi e i benefici di tali mezzi.

È importante quindi, per promuovere il benessere psico-sociale, investire maggiormente sulla cura e sulla prevenzione della Dipendenza da Nuove Tecnologie, rinforzando i fattori protettivi, come le life skills, e attivando varie agenzie educative, dalla scuola ai genitori, dai professionisti della salute a tutta la comunità educante (Minutillo et al., 2022).

Bibliografia

- American Psychiatric Association (2013). Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali (5a edizione), Raffaello Cortina Editore, Milano.
- Bernardelli L. (2022). Guida psicologica alla rivoluzione digitale. I pericoli delle tecnopatologie, le opportunità delle psicotecnologie, Giunti, Firenze.
- Floridi L. (2012). La rivoluzione dell'informazione, Codice Editore, Torino.
- Health Behaviour School-aged Children (2022). La Sorveglianza HBSC-Italia 2022 Health Behaviour in School-aged Children: le tecnologie digitali negli adolescenti, Istituto Superiore di Sanità, Roma.
- Kim S., Chun J.S. (2023). The Impact of Parental and Peer Attachment on Gaming Addiction among Out-of-School Adolescents in South Korea: The Mediating Role

of Social Stigma, in «Int J. Environmental Research and Public Health», vol. 20, n. 72.

- Ko Chih-Hung (2014). Internet gaming disorder, in «Curr Addict Rep», n. 1, pp. 177-185.

- Kuss D.J., Griffiths M.D. (2012). Internet gaming addiction: a systematic review of empirical research, in «Int J Ment Health Addiction», n. 10, pp. 278-296.

- Kuss D.J., Lopez-Fernandez O. (2016). Internet addiction and problematic Internet use: A systematic review of clinical research, in «World Journal Psychiatry», n. 6, pp. 143-176.

- Lopez-Fernandez O., Kuss D.J. (2020). Preventing Harmful Internet Use-Related Addiction Problems in Europe: a Literature Review and Policy Options, in «International Journal of Environmental Research and Public Health», n. 17.

- Lundedal Nielsen R. K. (2022). Gaming Disorder – a “lousy” and “meaningless” label, in «Mental Health Atmospheres Video Games», v. 15, pp. 21-34.

- Marangi M. (2023). Addomesticare gli schermi. Il digitale a misura dell'infanzia, Scholé, Torino.

- Minutillo A., Berretta P., Canuzzi P., La Sala L., Pacifici R. (2022). Dipendenze da Internet, Roma: Istituto Superiore di Sanità, (Rapporti ISTISAN 22/5).

- Nielsen P., Nicolas F., Richter H. (2020). Parental and family factors associated with problematic gaming and problematic internet use in adolescents: a systematic literature review, in «Curr Addict Rep», n. 7, pp. 365-386.

- Tonioni F. (2013). Psicopatologia web-mediata. Dipendenza da internet e nuovi fenomeni dissociativi, Springer, Milano.

- Weaver J. L., Swank J. M. (2021). An Examination of College Students' Social Media Use, Fear of Missing Out, and Mindful Attention, in «Journal of College Counseling», pp. 24, 132-145.

- Zimbardo P., Coulombe N. D. (2015). Maschi in difficoltà. Perché il digitale crea sempre più problemi alla nuova generazione e come aiutarla, FrancoAngeli editore, Milano.

Sitografia

- Italian Interactive Digital Entertainment Association, I videogiochi in Italia nel 2023, <https://iideassociation.com/wp-content/uploads/2024/04/I-videogiochi-in-Italia-nel-2023-1.pdf>

- Valente S. (2023). Intervista in «Tempi digitali. Atlante dell'infanzia (a rischio) in Italia», <https://s3.savethechildren.it/public/files/uploads/pubblicazioni/xiv-atlante-dellinfanzia-rischio-tempi-digitali.pdf>

8.14

LA DIPENDENZA SESSUALE: LE INSIDIE DELLA DIAGNOSI L'ESPERIENZA DELLA SSD DIPENDENZE DA COMPORAMENTI DELL'ASL CITTÀ DI TORINO

Teta E.^[1], Aimini G.^[2]

^[1]ASL Città di Torino - Torino - Italy,

^[2]Facoltà di Psicologia - Università di Torino - Italy

Si riporta il dibattito sulla concettualizzazione, diagnosi e classificazione nosografica del Disturbo di ipersessualità. Il WHO lo inserisce nell'ICD-11 col nome di "Disturbo da Comportamento Sessuale Compulsivo". Molti studi ne evidenziano i caratteri additivi. Si descrive l'esperienza della SSD Dipendenze da Comportamenti.

Elementi storici

Nella letteratura clinica forme di compulsività sessuale si trovano descritte per la prima volta nel trattato di Richard von Krafft-Ebing's "Hyperaesthesia sexualis", pubblicato in Germania nel 1886. Egli riportò casi clinici, definiti di "Iperestesia Sessuale", caratterizzati da una condizione in cui "L'appetito sessuale è intensificato in maniera abnorme al punto tale da permeare tutti i pensieri e i sentimenti del soggetto, da non consistere altri scopi nella vita..." (von Kraft-Ebing, 1886).

La prima formulazione teorica della dipendenza sessuale (Sexual Addiction) risale agli inizi degli anni ottanta dello scorso secolo ad opera di Patrick Carnes che, partendo da osservazioni cliniche, mise in evidenza le somiglianze di tale disturbo con le caratteristiche della dipendenza da alcool e altre sostanze, con sviluppo di un comportamento pericoloso e dannoso senza controllo. Nella pubblicazione "Out of the Shadow: Understanding Sexual Addiction" (Carnes, 1983) egli fornì descrizioni cliniche, speculazioni etiologiche e consigli di trattamento per situazioni cliniche da lui definite "Sexual Addiction".

Da allora si sono succedute accese dissertazioni sul fenomeno, influenzate dal clima socio-culturale dei vari periodi storici e focalizzate soprattutto sul tema della linea di confine tra comportamento sessuale non normativo (per esempio desiderio sessuale più alto) e diagnosi clinica di Disturbo da Ipersessualità o Compulsive Sexual Behavior Disorder (CSBD), (Briken, 2024).

In realtà la dipendenza sessuale costituisce un'eterogenea e polimorfa entità clinica, che manca di un consenso concettuale di cui sono indicative anche le varie denominazioni ricevute: Disturbo Comportamentale Sessuale Compulsivo, Disturbo da Ipersessualità, "Out-of-Control Sexual Behavior" e altre.

Oltre alla mancanza di una definizione e di criteri diagnostici condivisi, ostacoli alla identificazione di questo disturbo trovano origine anche in aspetti di tipo culturale e morale, con opposizioni di segno diverso. Da una parte alcuni ritengono che tale diagnosi rischi di patologizzare quei comportamenti sessuali che escono dai confini socialmente accettati e normati o appartenenti a gruppi minoritari, soprattutto se oggetto di disapprovazione culturale e morale. Dall'altra parte alcuni ritengono che tale diagnosi possa essere utilizzata in maniera strumentale per nascondere condotte individuali trasgressive o passibili di azione penale.

Nel 1998 Gold e Heffner pubblicarono una rimarchevole review relativa alla letteratura sulla Sexual Addiction, concludendo che la Sexual Addiction, sebbene presentasse una crescente popolarità nei setting della salute mentale, era largamente basata su speculazioni teoriche e non osservazioni empiriche.

In realtà negli ultimi due decenni le ricerche sui comportamenti sessuali compulsivi/disturbi di ipersessualità sono proliferati. Inoltre, l'avvento delle nuove tecnologie ed in particolare di internet, ha aumentato la possibilità di interazioni sessuali ed ha modificato l'espressione delle manifestazioni di compulsività sessuale, con aumento dell'uso della pornografia e sviluppo di nuove forme di attività sessuali online quali chat erotiche, sexting, webcam, etc. È ancora dibattuto se internet rappresenti un canale di accesso ad altri tipi di comportamento ripetitivo (attività sessuali, gambling) o costituisca una differente entità con proprie specificità (De Alarcòn, 2019).

Nel 2020 Grubbs e Coll. hanno pubblicato una sistematica review delle ricerche empiriche sui comportamenti sessuali compulsivi, pubblicate fra il gennaio 1995 e l'agosto 2020, evidenziando come negli ultimi 25 anni lo sviluppo della ricerca ha portato ad una chiara evidenza che il Comportamento Sessuale Compulsivo è un fenomeno reale con implicazioni cliniche.

Una questione ancora controversa relativa al disturbo da ipersessualità è la sua natura etiopatogenetica ed interpretazione: dipendenza comportamentale, disturbo del controllo degli impulsi o disturbo della sfera ossessiva-compulsiva?

Coleman (2003) ha collegato il disturbo da ipersessualità al Disturbo Ossessivo Compulsivo (DOC), considerando l'ipersessualità guidata dalla necessità di ridurre qualche forma di ansia piuttosto che dal desiderio ses-

suale di per sè. In comune col DOC è la presenza di ossessioni intrusive di natura sessuale e compulsioni, alle quali inizialmente il soggetto cerca di resistere, ma poi cede per contrastare l'ansia e la disforia.

Barth e Kinder (1987) mettono in relazione i comportamenti patologici di ipersessualità con l'impulsività, per cui tali soggetti sono incapaci di controllare i forti desideri sessuali. Essi considerano tale comportamento come manifestazione di un Disturbo del Controllo degli Impulsi Atipico.

Il modello della dipendenza comportamentale, già sostenuto da Carnes, è quello che trova attualmente i maggiori consensi. In esso ritroviamo, come nei Disturbi da Uso di Sostanze, espressioni sintomatologiche e comportamentali riferibili sia all'impulsività che alla compulsività. Inizialmente la messa in atto del comportamento riflette il desiderio e si accompagna a piacere. Progressivamente il piacere si riduce, ma il paziente si sente costretto ad attuare tale comportamento, mentre la resistenza al comportamento è fonte di crescenti stati affettivi negativi (Briken, 2024; Grubbs, 2020).

La disputa sulla concettualizzazione del disturbo da ipersessualità ha portato a scelte diverse l'American Psychiatric Association (APA) e la World Health Organization (WHO).

Il Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali (DSM-5), curato dall'APA, nella quinta edizione del 2013 e nella Revisione del 2022, non include il Disturbo da Ipersessualità, malgrado proposte in tal senso. La decisione appare incomprensibile anche perché nel DSM-5 scompare la categoria diagnostica del "Disturbo sessuale non altrimenti specificato" presente nel DSM-IV e nel DSM-III (Grubbs, 2020).

Le due principali ragioni addotte dal Board of Trustees sono state l'insufficiente evidenza scientifica dei criteri diagnostici proposti e le preoccupazioni relative al potenziale abuso della diagnosi di Disturbo da Ipersessualità in ambito forense.

Diversamente la World Health Organization (WHO) nel maggio 2019 riconosce il disturbo da ipersessualità come disturbo clinico, collocandolo nei "Disturbi da Controllo degli Impulsi", con la Denominazione di «Compulsive Sexual Behavior Disorder» (CSBD) cioè Disturbo da Comportamento Sessuale Compulsivo.

Nell'edizione precedente dell'ICD-10 (WHO, 1992), era presente l'etichetta diagnostica "Desiderio sessuale eccessivo", che aveva sostituito due condizioni cliniche inserite nell'ICD-9 (WHO, 1977), differenziate per genere, ma con uguale fenomenologia, la "Satiriasi" per gli uomini e la "Ninfomania" per le donne, in cui il soggetto era ossessionato da desideri e fantasie sessuali eccessivi. L'inserimento del CSBD nella sezione dei "Disturbi del Controllo degli Impulsi", non ha fatto cessare le contro-

versie sulla classificazione e concettualizzazione del disturbo da ipersessualità. Infatti i sostenitori del riconoscimento clinico dell'ipersessualità come dipendenza comportamentale, considerarono una vittoria della propria posizione l'inserimento del disturbo nell'ICD-11, pensando alla storia del Disturbo da Gioco d'Azzardo inserito solo in un secondo momento nei comportamenti additivi. Nello stesso tempo i sessuologi statunitensi proclamarono la propria vittoria, sostenendo che la decisione della WHO era una ulteriore prova che il modello della dipendenza non poteva essere applicato ai comportamenti problematici inerenti il sesso o la pornografia (Hall, 2021).

I criteri diagnostici ICD-11 del disturbo da comportamento sessuale compulsivo (CSBD)

Il CSBD viene definito come un modello persistente di incapacità di controllare impulsi sessuali intensi e ripetitivi, che risultano in comportamenti sessuali ripetitivi. I sintomi del CSBD comprendono: 1) attività sessuali ripetitive che diventano il centro della vita della persona al punto da trascurare la salute e la cura personale o altri interessi, attività e responsabilità; 2) numerosi sforzi infruttuosi per ridurre significativamente il comportamento sessuale ripetitivo; 3) continuazione del comportamento sessuale ripetitivo nonostante le conseguenze negative o la derivazione di poca o nessuna soddisfazione da esso.

Il modello di incapacità a controllare gli intensi impulsi o desideri sessuali risultanti nel comportamento sessuale ripetitivo si manifesta per un periodo di tempo prolungato (6 mesi o più) e provoca un marcato disagio o una significativa compromissione personale, familiare, sociale, educativa, professionale o in altre aree importanti del funzionamento della persona.

La sofferenza interamente collegata al giudizio morale e alla disapprovazione riguardo agli impulsi, desideri o comportamenti sessuali non è sufficiente per soddisfare questo requisito.

Nella classificazione dell'ICD-11, anche la pornografia è riportata come un comportamento che, oltre a quelli esemplificati, può assumere le caratteristiche patologiche del CSBD.

I criteri diagnostici del CSBD sono scritti in modo tale che le caratteristiche del CSBD siano concepite essere meno rigide poiché essi si basano meno su arbitrari cutoffs o conteggi dei sintomi e di più su indicatori oggettivi di compromissione o disregolazione, per sostenere l'esercizio del giudizio clinico nella valutazione della diagnosi (Grubbs, 2020).

Inoltre i criteri diagnostici dell'ICD 11 rendono chiaro che il CSBD non dovrebbe essere diagnosticato solo sulla base di un alto livello di interesse sessuale o frequenza

dell'attività sessuale, in assenza di una compromissione del controllo sul comportamento sessuale e di significativo disagio e alterazione del funzionamento.

L'ICD-11 esclude dalla diagnosi di CSBD i disturbi parafilici che, se presenti, possono costituire una diagnosi aggiuntiva.

In realtà alcuni Autori tendono a considerare insieme alle dipendenze sessuali non parafiliche anche quelle parafiliche. Nel primo caso vengono riportate come più comuni forme di comportamento sessuale ripetitivo la promiscuità, la masturbazione compulsiva, l'uso compulsivo della pornografia, il cybersesso, la ricerca di partner multipli, il sesso a pagamento, il sesso telefonico, la frequentazione di strip club.

Fra i comportamenti più frequenti oggetto delle dipendenze parafiliche sono indicati il voyeurismo, l'esibizionismo, il frotteurismo, il masochismo, il sadismo, il fetichismo, il disturbo da travestimento, la pedofilia.

La dipendenza è definita dalla relazione stabilita con l'oggetto della dipendenza, per cui le caratteristiche di dipendenza di un comportamento sessuale, non sono definite dal tipo di comportamento, dalla sua frequenza, dalla eteronormatività o accettabilità sociale, ma dal rapporto che si stabilisce fra tale modello comportamentale e la vita dell'individuo. In questa prospettiva nel concetto di dipendenza possono essere inseriti, insieme ai comportamenti sessuali socialmente accettati, anche i comportamenti parafilici messi in atto con modalità dipendente.

Una forma particolare di dipendenza sessuale è quella collegata all'uso delle cosiddette sostanze sessualizzate nel contesto sessuale. La caratteristica di questa forma di dipendenza è che l'uso di queste sostanze, dette Chemsex, avviene solo in occasione dell'attività sessuale, la cui pratica senza sostanze perde sempre più di interesse. Fra le Chemsex di solito non vengono inclusi alcool, cannabis e popper, mentre sono tipicamente compresi la metamfetamina in cristalli, il gammaidrossibutirrato e il gammabutirrolattone (GHB/GBL) e i catinoni sintetici come il mefedrone e il metilenediossiprovalerone (MDPV). Altri Autori considerano fra le Chemsex anche la cocaina, la ketamina, l'MDMA e altre sostanze utilizzate durante l'attività sessuale (Amundsen, 2024), (Coronado-Muñoz et. Al, 2024).

Dal punto di vista epidemiologico, la mancanza di una definizione del disturbo e criteri diagnostici condivisi, nonché la difficoltà di rilevazione di esperienze di dipendenza sessuale per la vergogna e il timore a parlare per lo stigma sociale o gli eventuali riflessi penali, rende ancora incerti i dati di prevalenza nella popolazione generale.

I dati della ricerca internazionale parlano di tassi di prevalenza compresi fra il 3% e il 6%, con un rapporto

maschi – femmine da 3:1 a 5:1. Lo studio di Dickenson (2018) su un campione rappresentativo della popolazione statunitense suggerisce valori più elevati: 8,6% degli individui (10,3% M; 7,0% F) con differenze di genere minori. Alcune ricerche indicano una prevalenza più elevata nella tarda adolescenza e nella giovane età adulta, in specifiche popolazioni come le minoranze sessuali, le vittime di abuso sessuale, i criminali e i soggetti con HIV (Pistre, 2023).

L'esperienza della SSD dipendenze da comportamenti

La Struttura Semplice Dipartimentale (SSD) Dipendenze da Comportamenti è un Servizio che afferisce al Dipartimento Dipendenze dell'ASL Città di Torino ed ha come Mission la prevenzione, cura e riabilitazione delle Dipendenze Comportamentali, vale a dire di quelle dipendenze in cui l'oggetto della dipendenza non è una sostanza, ma un comportamento/attività. L'apertura del Servizio risale al marzo 2019, con la finalità, soprattutto, di dare una migliore risposta organizzativa al trattamento del Disturbo da Gioco d'Azzardo (DGA).

La costituzione di un'Équipe dedicata alle Dipendenze Comportamentali, in un ambiente non connotante separato da quello del trattamento dei Disturbi da Uso di Sostanze, ha favorito l'accesso al Servizio, non solo di utenti con DGA, ma anche di soggetti con problematiche di abuso/dipendenza collegate alla dimensione sessuale/affettiva, alle cosiddette Nuove Tecnologie (Videogiochi, Internet, devices, smartphone, etc), e allo Shopping Compulsivo.

Nel periodo che va dall'apertura del Servizio al 31 luglio 2024, sono state valutate per problematiche inerenti la dimensione sessuale ed affettiva, 54 persone, di genere maschile nella quasi totalità dei casi.

Per la diagnosi di dipendenza sessuale è stato fatto riferimento inizialmente ai criteri diagnostici che erano stati proposti per il DSM-5 e, a partire dal 2022, a quelli dell'ICD-11 che peraltro risultano simili, eccetto per le caratteristiche correlate alla regolazione dello stato emotivo e allo stress. Infatti, al di là degli specifici criteri, i due sistemi di classificazione condividono la perdita dell'autocontrollo sul comportamento sessuale, la pervasività e centralità del comportamento sessuale nella vita del soggetto, l'incapacità di ridurre o interrompere il comportamento, il marcato disagio, la sofferenza e la compromissione del funzionamento nelle aree personale, familiare, sociale, lavorativa e in altre importanti aree, la prosecuzione del comportamento nonostante le conseguenze negative.

Nel suddetto periodo si sono rivolte al Servizio Dipendenze da Comportamenti per problematiche della sfera sessuale ed affettiva 54 soggetti, 45 di genere maschile e 9 di genere femminile.

La diagnosi di Dipendenza Sessuale è stata effettuata in 44 soggetti, 42 di genere maschile e 2 di genere femminile. In 9 casi (7 Femmine e due Maschi) il quadro clinico è stato attribuito ad una condizione di "Dipendenza Affettiva".

In un caso è stato descritto un quadro di "Parafilìa" con assenza di dipendenza.

La descrizione seguente si riferisce ai 44 pazienti con diagnosi di "Dipendenza Sessuale".

Relativamente alla richiesta di trattamento, la motivazione è stata valutata "intrinseca" in 20 casi, "estrinseca" in 18 casi e "intrinseca ed estrinseca" in 6 casi.

La motivazione "intrinseca" era legata al riconoscimento di mantenere un comportamento sessuale dannoso per sé e/o gli altri e spesso anche non più gratificante, che sfuggiva al controllo della volontà. Di solito era presente sofferenza e forte disagio per tale comportamento.

La motivazione "estrinseca" era dettata da spinte esterne collegate a problemi giudiziari, relazionali ed economici. Nella maggioranza dei casi (26 casi) è stato rilevato un titolo di studio medio-alto: Diploma di istruzione secondaria di Secondo Grado in 15 casi e Laurea (Triennale o Magistrale) in 13 casi.

L'età si collocava fra i 26 anni e i 55 anni nel 71% dei casi.

In 26 casi su 44 (59%) era presente una comorbilità psichiatrica: 14 con Disturbi dell'Umore (Depressione, Disturbo Bipolare), 6 con Disturbi d'Ansia, 6 con Disturbi di Personalità. In 4 casi era presente un Disturbo da Uso di Sostanze (2 cocaina, 2 alcool). In un caso la Dipendenza Sessuale era associata a Shopping Compulsivo.

Riguardo alla tipologia di Dipendenza Sessuale, in 37 casi si trattava di una Dipendenza non Parafilica, in 7 casi di una Dipendenza Parafilica (voyeurismo, frotteurismo 3 casi; sesso con minori/pedofilia 4 casi).

Le più frequenti attività sessuali oggetto della Dipendenza Sessuale non Parafilica erano Masturbazione Compulsiva (11 casi), Partner multipli, alta frequenza di rapporti sessuali (5 casi), Sesso a pagamento (8 casi), Ricerca di materiale pornografico, chat erotiche (8 casi), Chemsex associate al sesso (5 casi).

I pazienti hanno ricevuto trattamenti psicoterapici, psicoeducativi e psicofarmacologici.

Finalità del trattamento sono state il controllo del comportamento sessuale compulsivo con recupero di modalità più funzionali, il recupero di una sessualità in equilibrio con le altre dimensioni della vita, la cura dei sintomi e dei disturbi associati, lo sviluppo di Social Skills.

Discussione

La sessualità riveste una posizione centrale nel benessere fisico, psicologico e sociale delle persone, ma nonostante ciò non riceve una adeguata attenzione in termi-

ni di informazione, educazione, salute e ricerca. La storia della definizione diagnostica della Dipendenza Sessuale, da questo punto di vista, non fa eccezione, per cui il tema viene affrontato più spesso dai mass media, per lo più con toni sensazionalistici, che non in ambienti scientifici.

Se per i dipendenti da sostanze, il modello interpretativo della "malattia" si è ormai affermato, per i dipendenti da sesso, e in generale per le dipendenze comportamentali come il Disturbo da Gioco d'Azzardo, prevale il modello del "vizio", per cui sono considerati colpevoli di abbandonarsi alla ricerca frenetica del piacere, senza esercitare un adeguato controllo sul proprio comportamento e trasgredendo norme socialmente condivise. Lo stigma rivolto verso tali comportamenti sessuali coinvolge le persone dipendenti da sesso, che sviluppano sentimenti di colpa e vergogna e hanno difficoltà a ricercare un trattamento. Infatti di solito esse richiedono aiuto in ritardo, per situazioni accidentali o critiche di varia natura, quando ormai si sono manifestate le conseguenze negative del loro comportamento. Le barriere alla ricerca di trattamento per Dipendenza da Sesso risultano particolarmente evidenti nel caso delle donne (Dhuffar, 2016), come dimostra anche l'esperienza del nostro Servizio.

Gli atteggiamenti socioculturali e morali verso il sesso coinvolgono anche scienziati, ricercatori e clinici, potendo condizionare le osservazioni e le scelte. Risulta pertanto cruciale una consapevolezza di ciò per riuscire a separare i propri valori e credenze dal ruolo professionale e assumere una posizione non giudicante nella valutazione della storia e dei comportamenti sessuali del paziente (Briken, 2024).

Nella valutazione del comportamento sessuale bisogna analizzarne le origini, le modalità, i fattori scatenanti (emozioni, pensieri), le motivazioni incluse le ragioni non sessuali, il ruolo della religione, di eventuali esperienze precoci sessuali o traumi, di abusi infantili, di desideri, le fantasie, le credenze, l'approccio verso la sessualità, il contesto socioculturale e legale del paziente. Tutto ciò al fine di comprendere il significato assunto dal comportamento sessuale nella vita del paziente, le conseguenze, le aspettative e individuare gli obiettivi di trattamento.

Come nelle altre dipendenze, da sostanze o da comportamenti, l'incontro con l'oggetto della dipendenza, in questo caso lo specifico comportamento sessuale, è fonte di piacere, sollievo dal disagio o dalla disforia e comunque di gratificazione. La ricerca del piacere e/o l'evitamento di stati affettivi negativi (ansia, depressione, sensazione di vuoto, noia, solitudine, sentimenti di colpa) portano alla ripetizione del comportamento, con un progressivo aumento della frequenza e/o dell'inten-

sità fino allo sviluppo della dipendenza. Se all'inizio il sesso e la sua ricerca sono frutto di una libera scelta, con l'instaurarsi del disturbo la persona perde la facoltà di decidere se cercarlo oppure no. Il sesso e la sua ricerca divengono bisogni fondamentali che fanno perdere importanza a tutto il resto. Il dipendente da sesso va progressivamente incontro ad uno stato di isolamento e disperazione, mentre il sesso perde le sue originarie finalità per diventare strategia per affrontare le difficoltà ed i momenti di stress, alleviare le emozioni spiacevoli e distaccarsi dalla realtà.

I soggetti con Dipendenza Sessuale possono avere un aumentato rischio di contrarre infezioni sessualmente trasmesse o altri problemi di salute. Possono avere difficoltà nell'instaurare o mantenere relazioni intime, sviluppare disfunzioni sessuali, andare incontro a problemi legali per reati a sfondo sessuale, manifestare disturbi psichici e fare abuso di sostanze.

Conclusioni

La Dipendenza Sessuale condivide con altri comportamenti additivi aspetti fenomenologici, psicologici e neurobiologici per cui l'orientamento prevalente attuale dei ricercatori è di considerarla nella categoria delle dipendenze.

La Dipendenza Sessuale appare un fenomeno clinico in crescita, favorito dai cambiamenti socioculturali dei comportamenti sessuali e dallo sviluppo delle nuove tecnologie (internet, cellulare, chat, webcam, etc), con facilitato accesso ai contenuti e servizi sessuali.

L'inserimento del CSBD nell'ICD-11 può facilitare la diagnosi e la ricerca, attraverso l'impiego di strumenti comparabili, e anche una maggiore attenzione alla cura con l'individuazione di specifici protocolli di trattamento.

I Servizi per le Dipendenze devono sviluppare le competenze per una risposta adeguata a bisogni di cura che per lo più non trovano riconoscimento e supporto, sebbene i dati sulla prevalenza della Dipendenza Sessuale indichino che essa costituisce un problema di salute pubblica.

Bibliografia

1. Amundsen E. et Al. Chemsex among Men who have Sex with Men: a systematic scoping review of research methods. *Journal of Homosexuality*, 2024, Vol. 71, N°. 6, 1392–1418 <https://doi.org/10.1080/00918369.2023.2170757>
2. Barth, R. J. & Kinder, B. N. The mislabeling of sexual impulsivity. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 1987, 13(1), 15–23. <https://doi.org/10.1080/00926238708403875>
3. Briken P. et Al. Assessment and treatment of compulsive sexual behavior disorder: a sexual medicine perspective. *Sexual Medicine Reviews*, 2024, 12, 355-370
4. Carnes P. *Out of the shadows. Understanding sexual addiction*. Minneapolis, CompCare Publishers, 1983
5. Coleman E. Assessment and treatment of compulsive sexual behavior. *Minnesota Medicine*, 01 Jul 2003, 86(7):42-47 - PMID: 12921375
6. Coronado-Muñoz Marina et Al. Sexualized drug use and Chemsex among Men who have Sex with Men in Europe: A systematic review and meta-analysis. *J. Clin. Med.* 2024, 13, 1812; <https://doi.org/10.3390/jcm13061812>
7. De Alarcón Rubén. Online porn addiction: What we know and what we don't—A systematic review. *J. Clinical Medicine*, 2019, 8, 91; doi:10.3390/jcm8010091
8. Dhuffar M.K. et Al. Barriers to female sex addiction treatment in the UK. *Journal of Behavioral Addictions* 5(4), pp. 562–567 (2016); DOI: 10.1556/2006.5.2016.072
9. Dickenson JA et Al. Prevalence of distress associated with difficulty controlling sexual urges, feelings, and behaviors in the United States. *JAMA Netw Open*. 2018;1(7)
10. Gold, S. N., & Heffner, C. L. Sexual addiction: Many conceptions, minimal data. *Clinical Psychology Review*, 1998, 18(3), 367–381; [https://doi.org/10.1016/S0272-7358\(97\)00051-2](https://doi.org/10.1016/S0272-7358(97)00051-2)
11. Grubbs J.B. et. Al. Sexual Addiction 25 years on: A systematic and methodological review of empirical literature and an agenda for future research. *Clinical Psychology Review*, 2020; <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2020.101925>
12. Hall P. The moral maze of sex & porn addiction. *Addictive Behaviors*, 2021 <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2021.107054>
13. Pistre N. et Al. Should problematic sexual behavior be viewed under the scope of addiction? A systematic review based on DSM-5 substance use disorder criteria. *Addictive Behaviors Reports* 18, 2023; <https://doi.org/10.1016/j.abrep.2023.100510>
14. Von Krafft-Ebing Richard. *Psychopathia sexualis*, 1886

8.15

GIOCO QUINDI SONO. QUALE RUOLO PER IL GIOCO NELLA RIABILITAZIONE DELLE DIPENDENZE?

Morittu A.[1], Monculli A.[2]

[1]Università degli Studi di Udine - Udine - Italy,
[2]Azienda Sanitaria Universitaria Friuli Centrale,
Dipartimento delle Dipendenze area Udine - Ambulatorio
Gioco d'Azzardo, dipendenze tecnologiche e comporta-
mentali. - Udine - Italy

Il presente lavoro vuole analizzare, attraverso un'esperienza laboratoriale condotta con gli utenti del Servizio per le Dipendenze di Udine e i loro caregivers, i benefici che il gioco ricreativo in forma strutturata (gioco da tavolo) possa fornire all'interno dei percorsi terapeutico riabilitativi per l'utenza considerata.

Sintesi

Il presente lavoro vuole analizzare, attraverso un'esperienza laboratoriale condotta con gli utenti del Servizio per le Dipendenze di Udine e i loro caregivers, i benefici che il gioco ricreativo in forma strutturata (gioco da tavolo) possa fornire all'interno dei percorsi terapeutico riabilitativi per l'utenza considerata. Nello specifico si è voluto indagare se il gioco possa essere un medium o uno strumento favorente il recupero della persona con comportamenti di addiction, se possa elicitare emozioni e sentimenti piacevoli nell'adulto che ne fruisce e se vi siano attività di gioco più gradite e quindi più efficaci per lo scopo prefissato.

È stata svolta una ricerca di letteratura sull'argomento, mettendo in evidenza la scarsità di documenti sul tema di addiction e gioco ricreativo ed evidenziando la necessità di approfondimenti producendo nuove conoscenze evidence-based.

Introduzione

Il Gioco, ancora oggi, è vittima di significativi fraintendimenti. Il concetto di Gioco non riesce ad uscire da quello di attività superficiale, ovvero passatempo proprio dell'età infantile, mentre nell'adulto è strettamente legato all'azzardo dalla cultura popolare. Nonostante il Gioco sia diventato sempre più centrale come attività

sociale, questi fraintendimenti sono diffusi anche nei professionisti sanitari, che ad esempio spesso usano termini che passano un messaggio errato, come "ludopatia" (pur sapendo che la patologia in oggetto non è il Gioco, ma l'Azzardo), o si interessano al Gioco solo come fenomeno proprio della psicologia dell'età evolutiva e della pedagogia. In un'epoca post-fattuale aumenta il rischio di stravolgerne il significato, creando categorie non esistenti per giustificare l'azzardo ("gioco responsabile"), con significativi impatti sulla prevenzione della patologia.

Stimolate anche dalla spinta data dalle teorie della Gamification, a livello internazionale sempre più ricerche si interessano all'uso del Gioco come strumento diagnostico o terapeutico-riabilitativo. Purtroppo, queste ricerche utilizzano giochi tecnologici o giochi creati ad hoc (serious game), il che rende di solito questi studi non riproducibili o non significativi fuori dal campo di applicazione della specifica ricerca. In Italia, sebbene ancora in modo accademico e/o settoriale, stanno nascendo interessanti esperienze sull'efficacia e le potenziali applicazioni dello strumento Gioco nei campi della formazione, della psicoterapia e della psicoeducazione, estese oltre l'area Minori (con/senza disabilità). L'Educatore Professionale, per formazione e metodiche, è figura centrale nella ideazione, progettazione ed esecuzione di queste esperienze.

Da queste esperienze prende avvio il nostro progetto, ispirato anche da una domanda che gli stessi utenti in trattamento per una Dipendenza da azzardopatia e le loro famiglie pongono al professionista di riferimento: "Posso ancora giocare? A che tipo di giochi?"

Obiettivi e metodi

Gli obiettivi principali del presente lavoro sono quelli di indagare:

1. se il gioco possa essere considerato uno strumento terapeutico-riabilitativo per le persone con dipendenza elicitando emozioni e sentimenti piacevoli;
2. se il gioco prodotto a fini ricreativi possa essere consigliato all'utente con comportamento di addiction al fine di godere di momenti di socializzazione con i propri pari o familiari "in sicurezza", ovvero senza rischio di innescare processi recidivanti in un soggetto con un Disturbo da Gioco d'Azzardo;
3. se vi siano giochi prodotti ai fini ricreativi adatti ad integrarsi in attività terapeutico riabilitative nei pazienti con Disturbo da Gioco d'Azzardo e/o altri disturbi di addiction.

L'indagine è stata svolta tramite una progettualità che si è sviluppata attraverso quattro incontri laboratoriali di

gioco ricreativo che hanno previsto:

1. momenti formativi riguardo il gioco e le sue caratteristiche;
2. sperimentazione di tipologie diverse di giochi da ludoteca (per meccaniche, obiettivi, risorse neuro-psico-emozionali da investire, tempi);
3. momenti di valutazione e rielaborazione dell'esperienza.

I destinatari del progetto sono utenti in trattamento presso il Dipartimento delle Dipendenze di Udine dell'Azienda Sanitaria Universitaria Friuli Centrale ed i loro caregiver; gli incontri si sono tenuti presso la Ludoteca Comunale di Udine.

I giochi sperimentati sono stati scelti seguendo alcuni criteri:

1. sono stati utilizzati giochi da tavolo in commercio;
2. sono stati utilizzati giochi che prevedessero la partecipazione sociale e dal vivo, escludendo sia giochi mediati dalla tecnologia (a causa dei conseguenti rischi connessi ai comportamenti di addiction, in particolare di isolamento e di uso di meccanismi e dinamiche di gioco connesse all'azzardo, oltre che di disponibilità di hardware e software adeguati) sia quelli legati all'esperienza di serious-game (poiché non riproducibili o generalizzabili fuori dal contesto del progetto);
3. sono stati utilizzati giochi che fossero riproducibili in diversi contesti/setting (al fine di dare la possibilità della generalizzazione dell'esperienza e del coinvolgimento di altri soggetti).

La valutazione dell'esperienza è stata svolta tramite la somministrazione -ex ante ed ex post- di un questionario self-report realizzato ad hoc, basato su domande chiuse multiple e altre scalate.

Risultati e discussione

Caratteristiche della popolazione presa in esame

- a. Questionari somministrati/restituiti compilati: 31/29 (restituiti 93%)
- b. Identificazione di Genere: 15 M – 14 F
- c. Età
 - 18-30: n. 8
 - 31-50: n. 11
 - 51-63: n. 9
 - >64: n. 1
- d. Partecipante in qualità di:
 - Utente: n. 11
 - Familiare o operatore con esperienza di gioco: n. 8
 - Familiare o operatore senza esperienza di gioco: n. 5
 - Altro con esperienza di gioco: n. 3
 - Altro senza esperienza di gioco: n. 2

Emozioni suscitate dal gioco ricreativo

Dall'analisi dei questionari raccolti si evince che la maggioranza riferisce pienezza, curiosità, trova utile la situazione di gioco e si sente motivata. Ansia e imbarazzo sono fisiologicamente distribuiti lungo lo spettro dei poli positivo-negativo.

Le dimensioni del divertimento, della partecipazione e della comunicazione sono riferite come importanti nello sviluppo dell'attività. Anche attenzione, impegno e gestione delle emozioni sono considerate necessarie per la buona riuscita del compito proposto.

Dai questionari raccolti si evidenzia l'assenza di noia, in favore di una sensazione di relax, divertimento, un senso di stimolazione e una dimensione di ingroup.

Grafico 1 – Che effetto mi fa la proposta di giocare?

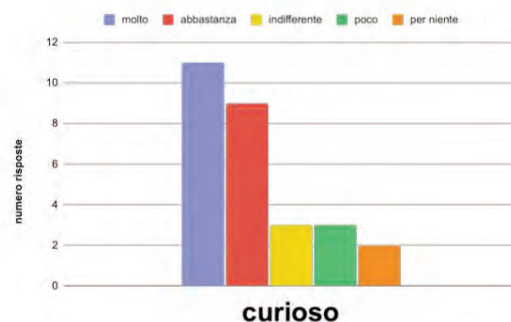


Grafico 2 – Che giudizio do sulla proposta di cui al grafico 1?

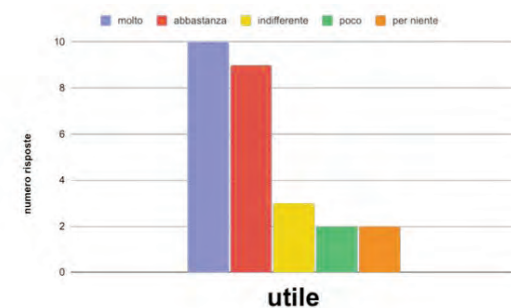


Grafico 3 – Cosa ho provato durante il gioco?

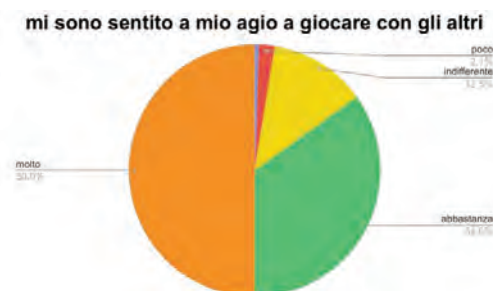


Grafico 4 – Che giudizio do della proposta?



Preferenza di tipologie di gioco

Dal campione preso in considerazione, rispetto ai risultati ottenuti non emergono significative differenze dall'utilizzo di giochi con diverse meccaniche. Sulla base dei questionari somministrati, utilizzare giochi diversi sembrerebbe far sì che ognuno venga esposto a stimoli diversi che permettono di personalizzare l'esperienza andando così ad attivare per ciascuno in modo differente quelle emozioni che emergono dall'analisi. Una menzione a parte va dedicata ai giochi con meccaniche di role-playing che, confermando le osservazioni riportate in letteratura, sembrano rappresentare uno spazio proficuo per la rielaborazione delle proprie dinamiche di pensiero.

Gioco e socializzazione

Giocare ha un potente impatto ricreativo, socializzante, e permette di creare, ricreare e sostenere relazioni anche senza bisogno di momenti di rielaborazione guidata. Un gioco da tavolo permette di approntare un'esperienza diretta (non mediata da avatar) e limitata nel tempo in modo semplice, immediato, replicabile, non formale, democratico, non giudicante e il soggetto interessato nell'esperienza può essere guidato da una persona esperta o da un cultore del gioco specifico (ovvero da una persona che ci abbia giocato e ne conosca le regole) in maniera indifferente, in quanto è il gioco stesso che assicura lo sviluppo dell'esperienza. L'esperienza, inoltre, non è legata ad un luogo e non ha bisogno di tecnologie o conoscenze tecnologiche, evitando anche i rischi legati all'uso non consapevole dei videogiochi. Per questo, i giochi da tavolo che non si basano su meccaniche di azzardo permettono in generale di poter essere utilizzati anche dall'utente insieme ad un gruppo di sua scelta al di fuori di setting terapeutici.

L'esperienza del laboratorio emerso dal progetto dimostra che c'è spazio per sviluppare un progetto più strutturato che comprenda anche la raccolta di dati che permettano delle risposte evidence based alle domande seguenti:

1. ci sono motivi per pensare che si possa arrivare ad

una validazione del Gioco all'interno di un processo terapeutico-riabilitativo nell'area dipendenze?

2. il gioco da tavolo può essere usato come sostitutivo delle emozioni che il gioco patologico produce in un utente di un servizio per le dipendenze? Può avere un effetto attivante sui circuiti di reward, in modo tale da limitare o stoppare del tutto gli effetti del craving che subisce un utente con comportamenti di addiction?

3. il gioco può riabilitare allenando o aiutando a costruire delle social skill o soft skill all'interno di un percorso strutturato? Oltre alla risocializzazione, il gioco può aiutare a costruire o rinforzare delle skill specifiche?

Conclusioni

Il progetto è nato per analizzare il corpus teorico e valutare la risposta all'uso del gioco all'interno di un percorso terapeutico-riabilitativo per le Dipendenze.

Nonostante la scarsa presenza di letteratura, la direzione intrapresa merita di essere approfondita producendo nuove conoscenze evidence-based.

Dall'esperienza descritta, è possibile affermare- seppure senza generalizzare, che:

1. il gioco si dimostra uno strumento che assicura partecipazione e compliance anche nell'adulto, se somministrato nel giusto setting e con proposte adeguate al gruppo (rispettando età, difficoltà personali, sensibilità e interessi di ciascun componente);

2. l'interesse che le persone depongono nel gioco invita allo svolgimento di laboratori periodici strutturati di gioco ricreativo. In questi contesti laboratoriali i partecipanti entrano in un mood che può essere utilizzato infatti per consolidare emozioni positive, self-esteem e inclusione, a fini psicoeducativi o psicoterapeutici poiché favoriscono sensazioni piacevoli o comunque non suscitano brutti ricordi o esperienze di rischio per la persona con disturbo di addiction.

Sarebbe auspicabile proseguire con uno studio del gioco come strumento terapeutico riabilitativo e elaborare quindi strumenti comunicativi (vademecum, siti ecc.) a beneficio dell'utenza stessa e dei loro caregivers in un'ottica di recupero, favorendo l'implementazione del benessere e della qualità di vita.

Bibliografia essenziale

- AA VV. Addiction@school. Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata Verona, Verona, 2019;
- Bowman, S. L. (2010). The functions of role-playing games: How participants create community, solve problems and explore identity. Jefferson, NC: McF.

- Brown S con Vaughan C. Gioca! Come il gioco può formare la mente, aprire l'immaginazione e costruire la felicità. Edizione italiana Lit edizioni, Roma, 2013;
- Farnè R (a cura di). Le case dei giochi. Ludoteca, Ludobus e modelli formativi. Guerini, Milano, 1999
- Limberger J, Andretta I. Social skills training for drug users under treatment: a pilot study with follow-up. *Psicol Reflex Crit.* 2018 Nov 6; 31(1):29;
- Miller WR, Rollnick S. Il colloquio motivazionale. Centro Studi Erickson, Trento, 2014
- Rivi A, Bussoli B, Bisanti M, Ligabue A. Il gioco da tavolo come veicolo di competenze. DIDA, ed. Erickson, 09/2019;
- Shay, H. (2014). I am my character: Role-playing games as identity work. *Dissertation Abstracts International Section A: Humanities and Social Sciences*, 75(3-A (E))

Area tematica 9

TABAGISMO, COMORBILITÀ, TRATTAMENTO E RIDUZIONE DEL DANNO

9.1

VALUTAZIONE DEL RISCHIO CARDIOVASCOLARE DEL PAZIENTE AFFERENTE AL SERD: UN ASPETTO DA NON SOTTOVALUTARE

Rizzardi N.^[1], Daffini L.^[1], Campana M.^[2]

^[1]ASST Bergamo Est/S.C. SerD - Lovere - Italy,

^[2]ASST Bergamo Est/S.C. SerD - Gazzaniga - Italy

Il SerD, per buona parte dei suoi utenti, è l'unica occasione per accedere a percorsi di prevenzione e di cura. Il progressivo invecchiamento della popolazione afferente ai nostri servizi deve far considerare il calcolo del rischio cardiovascolare una procedura di routine così come la proposta di percorsi per la cessazione del fumo di tabacco.

Il Servizio per le Dipendenze (SerD) rappresenta, per buona parte degli utenti con disturbo da uso di sostanze, alcol e disturbi comportamentali, l'unica occasione per accedere a percorsi di prevenzione e di cura. Il progressivo invecchiamento della popolazione afferente ai nostri servizi sollecita i professionisti in servizio a considerare aspetti, come il rischio cardiovascolare degli utenti, che in precedenza non venivano considerati per la giovane età media dell'utenza in carico in quegli anni.

Presso il SerD di Lovere sono stati analizzati i parametri che concorrono al calcolo del rischio cardiovascolare (RCV - percentuale di rischio di eventi cardiovascolari in 10 anni) secondo le linee guida della Società Europea di Cardiologia (ESC) in un campione 56 pazienti che hanno effettuato visita medica ed esami ematici di routine, direttamente presso il servizio, nel corso del 2023, con età compresa tra 40 e 70 anni e con anamnesi patolo-

gica muta per diabete mellito o eventi cardiovascolari, a prescindere dal tipo di dipendenza presa in carico.

Il rischio così calcolato si attestava basso se inferiore a 5%; moderato tra 5 e 10% ed elevato se superiore al 10%.

Sono stati registrati i seguenti parametri: sesso, età, pressione arteriosa sistolica, colesterolo totale, HDL.

La popolazione studiata era composta da 18 donne e 38 uomini con un'età media di 52 anni (max 69; min 41). La pressione arteriosa sistolica in media si assestava sui 131 mmHg (max 170; min 110). Per quanto riguarda il colesterolo totale la media dei valori dosati era 209 mg/dl (max 288; min 128); l'HDL si attestava in media a 50 mg/dl (max 129; min 15) e l'LDL (registrato anche se non concorre al calcolo del RCV) in media era 132 mg/dl (max 206; min 66). Il rischio cardiovascolare medio della popolazione in toto, calcolato mediante applicazione ufficiale ESC, si attestava a 7% (moderato), con un minimo di 0,5% ed un massimo di 20%. Analizzando i dati di rischio emergeva che il 39% presentava un rischio basso, il 43% moderato ed il 18% un rischio elevato.

I dati rilevati sono stati analizzati anche considerando solo i pazienti fumatori e dividendo la popolazione in due sottogruppi, il primo composto da pazienti dai 40 ai 49 anni compiuti ed il secondo con più di 50 anni.

Il primo sottogruppo era formato da 3 donne e 9 uomini con un'età media di 45 anni (max 49; min 41). La pressione arteriosa sistolica in media si assestava sui 132 mmHg (max 150; min 110). Per quanto riguarda il colesterolo totale la media dei valori dosati era 215 mg/dl (max 288; min 170); l'HDL si attestava in media a 60 mg/dl (max 129; min 39) e l'LDL (registrato anche se non concorre al calcolo del RCV) in media era 152 mg/dl (max 206; min 109). Il rischio cardiovascolare medio della popolazione fumatrice under 50, calcolato mediante applicazione ufficiale ESC, si attestava a 5% (moderato al limite inferiore), con un minimo di 2,9% ed un massimo di 8,4%. Analizzando i dati di rischio emergeva che il 58% presentava un rischio basso, il 42% moderato e lo 0% un rischio elevato.

Il secondo sottogruppo era formato da 3 donne e 23 uomini con un'età media di 57 anni (max 68; min 50). La pressione arteriosa sistolica in media si assestava sui 132 mmHg (max 170; min 110). Per quanto riguarda il colesterolo totale la media dei valori dosati era 207 mg/dl (max 270; min 132); l'HDL si attestava in media a 48 mg/dl (max 95; min 15) e l'LDL (registrato anche se non concorre al calcolo del RCV) in media era 125 mg/dl (max 194; min 66). Il rischio cardiovascolare medio della popolazione fumatrice over 50, calcolato mediante applicazione ufficiale ESC, si attestava a 9,7% (moderato al limite superiore), con un minimo di 4,8%

ed un massimo di 20%. Analizzando i dati di rischio emergeva che il 4% presentava un rischio basso, il 62% moderato e lo 34% un rischio elevato.

Alla luce dei dati emersi, ci si è chiesti quanto potesse incidere sul rischio cardiovascolare della popolazione campionata, un intervento quale il percorso di cessazione del fumo di tabacco. È stato quindi ricalcolato il RCV ipotizzando che tutta la popolazione studiata fosse composta da non fumatori ed è emerso che, a parità degli altri parametri, il RCV così calcolato si attestava in media a 4,7% (basso) con un minimo di 0,5% ed un massimo di 14%. L'analisi dei dati mostrava che, dopo la eventuale cessazione del fumo di tabacco, la popolazione studiata avrebbe presentato una netta riduzione della numerosità di pazienti ad alto e moderato rischio cardiovascolare (rispettivamente 7% e 18%) con un importante incremento della quota a basso rischio cardiovascolare (75%).

Analizzando i dati relativi ai due sottogruppi di fumatori si otterrebbe che, tra gli under 50, mediante la cessazione del fumo di tabacco, il 42% che presentava rischio cardiovascolare moderato rientrerebbe in toto tra i pazienti a basso rischio.

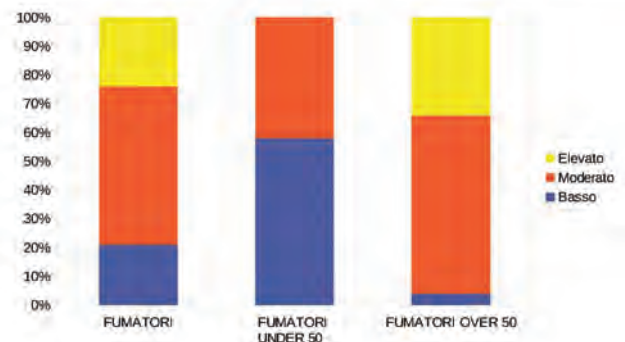
	donne	uomini	totale	Età minima	Età media	Età massima
Tutti	18	38	56	41	52	69
Tutti fumatori	6	32	38	41	53	68
Under 50	4	19	23	41	45	49
Under 50 fumatori	3	9	12	41	45	49
Over 50	3	30	33	50	57	69
Over 50 fumatori	3	23	26	50	57	68

	Pressione arteriosa sistolica mmHg			Colesterolo totale mg/dl			Colesterolo HDL mg/dl		
	Minima	Media	Massima	Minimo	Medio	Massimo	Minimo	Medio	Massimo
Tutti	110	131	170	128	209	288	15	50	129
Tutti fumatori	110	132	170	131	215	288	15	52	129
Under 50	110	132	155	170	224	288	27	55	129
Under 50 fumatori	110	132	150	170	215	288	39	60	129
Over 50	110	131	170	128	200	270	15	47	95
Over 50 fumatori	110	132	170	132	207	270	15	48	95

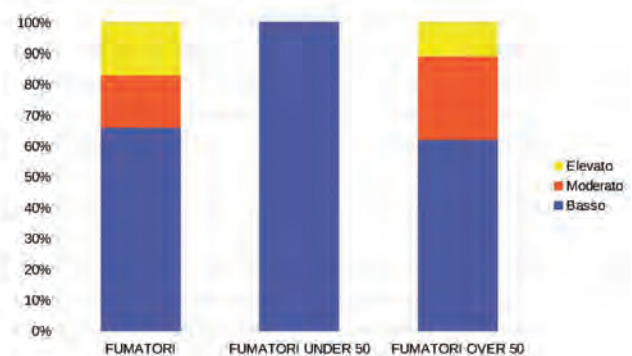
Il sottogruppo formato dagli over 50 invece mostrerebbe una netta riduzione della percentuale dei pazienti a rischio moderato o elevato, in particolare i pazienti a rischio elevato si ridurrebbero dal 34% all'11%, quelli a rischio moderato dal 62% al 27% con consensuale, ed importante, incremento della percentuale di pazienti a basso rischio: dal 4% al 66%.

I dati forniti da quest'analisi, seppur in una popolazione numericamente esigua, mostrano come la proposta di effettuare un intervento di cessazione del fumo di tabacco porti ad un netto miglioramento del rischio cardiovascolare a 10 anni, nei pazienti afferenti al SerD, a prescindere dalla sostanza d'abuso: aspetto ormai non più trascurabile dato il progressivo invecchiamento della popolazione in carico.

RCV prima della cessazione del fumo %	Basso	Moderato	Elevato
Fumatori	21	55	24
Fumatori under 50	58	42	0
Fumatori over 50	4	62	34



RCV dopo cessazione fumo %	Basso	Moderato	Elevato
Fumatori	66	17	17
Fumatori under 50	100	0	0
Fumatori over 50	62	27	11



9.2

DIPENDENZA DAL FUMO DI TABACCO: LA DIFFICILE SEPARAZIONE DALL'OGGETTO AMATO

Perillo A., Pianese A., Ambrosino M., Cassese F
ASL NA 3Sud - UOSD Osservatorio Dipendenze - Centro
Antifumo - Pomigliano d'Arco - Italy

All'osservazione clinica i drop out e le ricadute del tabagista si evidenziano quale difficoltà di separazione dall'oggetto amato su cui il fumatore ha investito consolidando nel tempo un legame affettivo da cui risulta impegnativo affrancarsi. Si presenta il modello di trattamento del Centro Antifumo dell'ASL Na3 sud ed i dati relativi al 2023.

Prefazione

Il modello di trattamento utilizzato dal Centro Antifumo dell'ASL Napoli 3Sud prende le sue origini dal Programma dei Corsi intensivi per smettere di fumare in uso presso il Centro Antifumo dell'Ausl di Ferrara che dal 1989 organizza corsi in collaborazione con la Lega Italiana per la Lotta contro i Tumori. Il protocollo di questi corsi si basa sull'utilizzo di tecniche cognitivo-comportamentali, tese all'auto-osservazione e addestramento, e sull'appoggio solidale e reciproco fornito dal gruppo dei partecipanti.

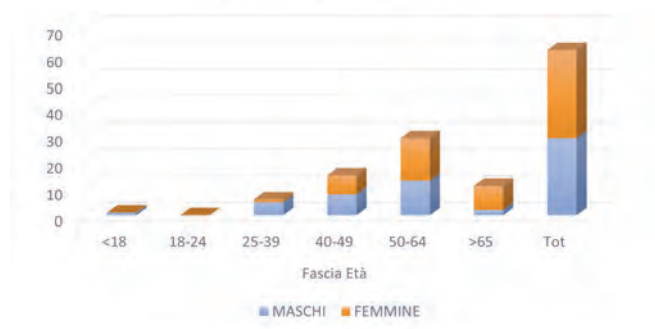
Rispetto al modello originario, nel corso degli anni, la nostra équipe ha apportato alcune modifiche, suggerite in parte dall'esperienza clinica di lavoro coi gruppi, e in parte da considerazioni inerenti alle caratteristiche organizzative del Servizio. Di fatto, sin dall'esordio avvenuto nel 2001, l'obiettivo del Centro Antifumo dell'ASL Napoli 3Sud si concentra su due aspetti fondamentali: rendere il Programma sempre più funzionale ad ottenere una decisiva disassuefazione, con una conseguente attenzione al contenimento delle ricadute.

Il Protocollo clinico attuale è strutturato su un primo colloquio anamnestico - motivazionale di presa in carico, ed un successivo trattamento di gruppo di tipo multimodale, imperniato sull'utilizzo e la verifica settimanale di Homeworks (fig. n.1), i classici compiti a casa di tradizione cognitivo - comportamentale, funzionali allo svezamento. Ad essi si affianca, laddove opportuno e possibile, un supporto farmacologico con agonista par-

ziale dei recettori nicotinici (citisina). Al cadenzato incontro settimanale di gruppo, segue poi un servizio di messaggistica sms, teso al necessario rinforzo motivazionale; successivamente, un follow up telefonico a 3, 6 e 12 mesi ne monitora l'andamento e la tenuta dell'astensione dal fumo di sigaretta.

In questo Lavoro si presentano i dati relativi agli utenti presi in carico nell'anno 2023 (grafico n.1).

Accessi anno 2023



Il Modello di lavoro

Il colloquio clinico di presa in carico vede la compilazione di una Cartella Clinica dedicata che, oltre a raccogliere gli specifici dati anamnestici, è funzionale ad instaurare la fondamentale alleanza terapeutica e rinforzare la flebile motivazione che spesso accompagna il tabagista a consultazione. Anche a sostegno di quest'ultimo obiettivo utilizziamo la fase diagnostica, che vede la somministrazione di questionari dedicati al tema, tra cui il Test di Horn, un reattivo che, applicato e restituito in questo primo incontro, rimanda al fumatore da subito un profilo nel quale riconoscersi. Questa prima 'fotografia', restituisce infatti un'iniziale consapevolezza dell'investimento affettivo che il Nostro proietta sulla sigaretta, aspetto che appare, anche nell'evidenza clinica successiva, dominante rispetto al craving provocato dalla sostanza psicotropa in uso (nicotina).

Il test di Horn, modulato su 3 items tematici per area, con un range di punteggio da 1 a 5, indaga gli aspetti comuni ad ogni tabagista che utilizza la sigaretta per Abitudine, Stimolazione, Relax, Gestualità, Piacere e Dipendenza. Nello specifico, intendiamo porre l'attenzione su quest'ultima sfera che si manifesta con un punteggio più alto, rispetto alle altre aree, nella maggior parte dei casi giunti alla nostra osservazione. A differenza del test di Fagerstrom, che ci indica il grado di dipendenza dalla nicotina, quest'area ci mostra il livello di dipendenza dall'oggetto, la sigaretta, caricato di molteplici valori e fortemente idealizzato dal fumatore, tanto da essere investito persino di caratteristiche antropomorfe, aspetti rintracciabili nel racconto sin dal primo approccio ("mi fa compagnia... è un'amica che non ti tradisce... il

primo amore”), assumendo così un valore fantasticato dal fumatore come insostituibile ed irrinunciabile (“non riesco ad immaginare la mia vita senza la sigaretta”). Un oggetto d’amore la cui rinuncia appare al tabagista quale vero e proprio lutto di difficile elaborazione, anche perché nel concreto non può verificarsi una estinzione reale, definitiva di questo oggetto. Anzi, gli stimoli ambientali sono costanti e la rievocazione immediata: l’amico/il partner che fuma, le insegne e i prodotti sapientemente esposti che richiamano l’attenzione, la presenza dei punti vendita oltremodo diffusa e disponibile, addirittura h24 attraverso la capillare rete di distributori automatici. Così, la ricaduta è dietro l’angolo, attivata dal desiderio di potersi concedere, solo per quella volta, l’antico piacere. Ricaduta che statisticamente avviene tra i 3 ed i 6 mesi dal Quit Day (QD), il giorno della cessazione, talvolta anche a distanza di anni, e dunque non credibilmente imputabile ad un craving per l’astinenza dalla sostanza psicotropa, cioè conseguenza dell’abbassamento dei livelli sierici di nicotina nel sangue.

Sulla scorta di queste evidenze frequentemente riscontrate nella nostra pratica clinica, riteniamo imprescindibile considerare la dipendenza tabagica primariamente psicologica, così da focalizzare il trattamento non solo sulla necessaria fase di disassuefazione ma, ancor di più, sulla successiva e più importante fase di elaborazione della perdita che presuppone una sorta di ripianificazione della propria esistenza, dovendo adeguare il proprio stile di vita all’assenza dell’oggetto amato. A questo scopo, nel lavoro di gruppo, facciamo leva sulle motivazioni emerse nella compilazione settimanale degli Homeworks (vedi fig. n.1 “Ragioni per smettere”) evidenziandole come vantaggi ottenibili solo a seguito del ‘divorzio’ da quell’amore tossico, prodromico alla restaurazione di aspetti vitali più adulti ormai dissipati e dimenticati nei lunghi anni di ‘carriera’ tabagica. È infatti da evidenziare che i fumatori giunti all’osservazione non sono i giovani all’esordio della dipendenza tabagica, ancora nella fase di innamoramento e convinti di poter gestire la sostanza, ma fumatori con alle spalle una media di 30/40 anni di attività (grafico n. 2).

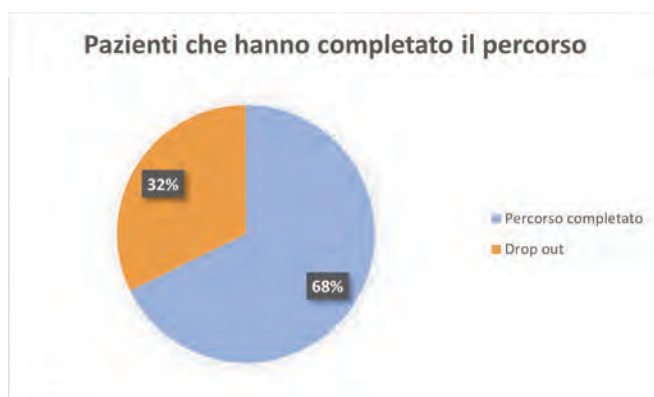


Soggetti che si ritrovano a ripetere un gesto in maniera costante (si stima una media di 15/20 boccate per sigaretta) e più volte nel corso della giornata, azione che ha assunto connotazione di automatismo, diventata elemento parte dello schema corporeo. Un comportamento consolidato nel tempo, facilmente e continuamente rievocabile attraverso complesse associazioni legate ai vari aspetti della vita quotidiana. Inoltre, non bisogna trascurare che fumare è una gratificazione orale rapida e facilmente accessibile, che evidentemente riporta al calore e alla morbidezza del succhiare il seno materno, un’esperienza di primaria importanza per l’essere umano.

Dato questo pattern comportamentale, così strutturato e sedimentato nel tempo, appare evidente che non è possibile modificarlo nel breve periodo, tanto più puntando sulla sola detossificazione dalla sostanza psicotropa, né tantomeno facendo leva sugli aspetti cognitivi riguardo il danno alla salute. D’altronde, quali operatori dei Servizi per le Dipendenze, abbiamo contezza di questo dato di realtà anche nelle altre addiction, che siano legate ad evidenti alterazioni organiche come nel caso delle endorfine nell’eroinomane, o completamente sganciate da una sostanza esogena come nella Dipendenza da Gioco d’Azzardo (DGA).

È dunque per noi sempre auspicabile un trattamento che tenga nella dovuta considerazione questi aspetti e, nello specifico, l’evidenza che non possiamo eradicare hic et nunc un’abitudine, ma possiamo promuoverne una consapevolezza sempre più pregnante, capace poi di produrre, a sua volta, un nuovo assetto comportamentale.

A tale scopo, si mostrano di grande efficacia gli Homeworks proposti durante le prime settimane di trattamento che, pur consentendo di soddisfare il desiderio di fumare del nostro paziente, richiedono un impegno di esecuzione tale da interrompere l’automatismo, dando nel contempo la possibilità di riflettere sull’azione compiuta. Nello specifico, il fumatore ha la libertà di fumare ogni qualvolta lo desidera, a patto di conservare il pacchetto di sigarette avvolto nel Calendarietto delle sigarette fumate (Homeworks), che dovrà scartocciare ogni volta. Parallelamente la ricerca delle “motivazioni per smettere”, che si presenta in concomitanza con la possibilità di fumare, colloca il Nostro in una tradizionale e scomoda situazione di conflitto, tipica della Dissonanza Cognitiva. Questo lo spinge a valutare una serie di azioni da intraprendere, necessarie per ristabilirsi su un livello di consonanza. La consegna è precisa, ripetuta verbalmente più volte e mostrata in simulata così da non lasciare adito a interpretazioni. Nonostante ciò, la rimozione della consegna è altrettanto puntuale nella prima settimana di applicazione per la maggior parte dei componenti il gruppo.



Nelle settimane successive, l'obiettivo promosso e atteso, spesso raggiunto, è che il fumatore riesca ad applicare il protocollo in modo così efficace da poter rimandare il desiderio di fumare, anche a più riprese, talvolta obliandolo del tutto. Attraverso il corretto utilizzo degli Homeworks, questo processo avviene senza scatenare i tipici conflitti interiori legati alle dinamiche della privazione (l'oggetto proibito assume sempre maggiore potere seduttivo), che fatalmente potrebbero altrimenti intensificare il craving. Si tratta di un risultato significativo, poiché consente al fumatore di comprendere di essere in grado di prendere le distanze dalla sigaretta, affrontando direttamente il desiderio di fumare e la sua gestione, anziché di ascriverlo a forze esterne, quale l'invincibile potere della sostanza psicotropa. Di fatto, spesso i fumatori giustificano la propria dipendenza utilizzando il consolidato alibi: "la sigaretta è più forte di me!", giustificazione che perde inevitabilmente di efficacia alla luce delle nuove consapevolezza emerse durante il Percorso. Il cadenzato incontro settimanale, infatti, offre un'interfaccia costante, non solo con il trainer del gruppo, ma anche con una rete di "Io ausiliari" che fungono da specchio, aiutando il tabagista a deporre la maschera della reiterata indulgenza che si concede, pattern comportamentale mirabilmente descritto da Italo Svevo nel suo "La coscienza di Zeno". Il lavoro di gruppo, inoltre, facilita il superamento delle resistenze alla disassuefazione, poiché il fumatore, relazionandosi con l'altro portatore di una stessa identità e di uno stesso interesse, sperimenta un forte senso di identificazione con l'obiettivo comune. Questo processo di reciproco sostegno diventa una strategia vincente per affrontare i meccanismi emotivi e comportamentali che rinforzano la dipendenza tabagica e ne favoriscono la ricaduta.

Il modello di lavoro che proponiamo è indubbiamente impegnativo per gli utenti che cercano una soluzione immediata, tipo del "tutto e subito", immancabilmente richiesta da strutture di personalità dipendenti. Inoltre, poiché il metodo si fonda sulla creazione di dissonanza cognitiva, i tabagisti, nel tentativo di ridurla, tendono

ad allontanarsi attivamente da situazioni e relazioni che potrebbero contribuirvi. Questo spiega l'elevato drop out, che supera il 30%, già nelle prime due sedute di gruppo (grafico n. 3).

Dopo tre settimane dedicate al compito degli Homeworks, il quarto incontro di gruppo viene designato quale Quit Day (QD), promosso e sostenuto quale giorno di "liberazione dalla schiavitù". Tale definizione, non a caso utilizzata e riproposta più volte durante il Percorso, si propone di invitare i partecipanti a riflettere attivamente sull'etimo del termine "addiction" in uso presso gli Autori anglofoni. Derivato dal latino "addictus", il vocabolo si riferiva a un individuo nato libero che, non riuscendo a ripagare i propri debiti, veniva assegnato in schiavitù al creditore. Questa condizione drammatica può essere facilmente equiparata e assimilata all'esperienza dei tabagisti, che ben comprendono quanto il loro attaccamento alla sigaretta influenzi la loro esistenza ("il primo pensiero al risveglio, l'ultimo prima di addormentarsi..."), con un coinvolgimento così profondo che alcuni di essi lo perseguono in ogni dove e persino nelle ore del risveglio notturno.

Il traguardo del QD è agevolmente raggiunto dalla maggior parte degli utenti che portano a termine il compito scandito dagli Homeworks (grafico n. 4), come d'altronde risulta evidente dalle testimonianze riferite da coloro che hanno completato il Percorso e mantenuto l'obiettivo raggiunto. Emerge infatti, in modo chiaro, che la qualità del lavoro svolto durante il periodo di svezza-mento è fondamentale ai fini della stabilità del risultato: attenersi pedissequamente alle indicazioni per compilare con impegno e considerazione il Calendarietto delle sigarette fumate (Homeworks), dedicare il giusto tempo alla ricerca di motivazioni autentiche e personali per smettere di fumare è il giusto atteggiamento per questo Percorso, evitando di essere superficiali e frettolosi, magari utilizzando motivazioni prese a prestito dal senso comune, ripetitive, se non addirittura contrassegnando lo spazio dedicato alla motivazione con le virgolette del "come sopra"! Compito impegnativo certamente, ma certamente proficuo se espletato correttamente e

sempre prima di estrarre la sigaretta dal pacchetto. È dunque l'adeguata aderenza al trattamento, capace di porre il paziente in dissonanza cognitiva, che permette di creare la necessaria distanza dall'oggetto e, di conseguenza, la serenità di poter attuare la scelta dell'astensione. Risultato che poi sembra mantenersi stabile nel tempo, in buona parte dell'utenza da noi trattata (grafico n. 5).



In questo modello di trattamento, che ripercorre le tappe del modello Transteorico di Prochaska e Di Clemente, altresì definito Spirale del Cambiamento, si mettono in conto anche eventuali ricadute, fasi ritenute parte del processo di disassuefazione. Terapeuta e paziente devono mettere in conto che, in media, si fanno più tentativi prima di esitare in un cambiamento stabile. È un Percorso non lineare ma ciclico, nel senso che ad ogni ricaduta si rimette in moto, ad un livello superiore, la macchina motivazionale. In altre parole, ogni ciclo lascia una memoria ed un grado di consapevolezza prima assenti. Smettere di fumare, così come affrancarsi da una qualsivoglia dipendenza patologica, va considerato come un processo di cambiamento, anziché un evento a sé stante. Così, la ricaduta non va vissuta quale fallimento, bensì come una tappa di questo processo di apprendimento, in cui ad ogni tentativo si migliorano le proprie conoscenze e si aumentano le probabilità di successo per la volta seguente.

Conclusioni

L'esperienza di lavoro ci indica sempre più chiaramente che smettere di fumare si presenta come un obiettivo difficilmente realizzabile in assenza di un percorso strutturato, ancor meglio di gruppo. I tentativi attuati in autonomia, per lo più basati sulla continua repressione del desiderio di fumare, proibizione auto imposta di un piacere specialistico e praticato da anni, sembrano non bastare a contenere il craving che, come un Blob, cresce a dismisura fino a dover essere soddisfatto. Smettere di fumare è, di fatto, la rinuncia all'oggetto amato e la difficoltà a rinunciarvi è complicata dal fatto

che l'oggetto gratificante, in realtà, non è scomparso, ma è facilmente rievocabile in qualsiasi momento. La nostalgia, le associazioni strutturate negli anni, la possibilità di accesso all'oggetto del desiderio, determinano una situazione conflittuale interna che aumenta la tensione fino ad un climax, in cui la necessità della scarica pulsionale diventa inarrestabile. Il senso di fallimento o di colpa, accompagnato dal reiterato proposito di non più ricadere, è l'abituale epilogo del ciclo additivo. Con questo bagaglio esperienziale, demoralizzato e scettico, giunge il tabagista alla richiesta di aiuto. Fondamentale è dunque l'accoglienza e l'utilizzo del primo colloquio come strumento di alleanza terapeutica per rianimare la fiducia del soggetto nella possibilità di raggiungere l'obiettivo della disassuefazione. Ulteriore rinforzo sarà poi fornito dal gruppo di lavoro, dalle testimonianze di chi ha già completato il Percorso e raggiunto l'obiettivo nonostante sia stato, anch'esso, parimenti scoraggiato nei suoi primi passi verso la disassuefazione.

Lo strumento cognitivo – comportamentale degli Homeworks, utilizzato per tre settimane, se ben applicato, innesca la condizione di dissonanza cognitiva e permette di prendere le distanze dall'oggetto di piacere che assume in questo modo connotazioni contrapposte. La parallela ricerca di motivazioni strettamente personali, oltre quelle più diffuse e condivise, consente di porre le basi per determinare la successiva scelta di cambiare stile di vita. Infine, un'attenzione serrata sulle diverse 'trappole', occasioni di ricaduta, e la condivisione di strategie per mantenere il risultato raggiunto, completano il ciclo di trattamento nelle successive sedute al QD.

A sostegno del Percorso fin qui descritto, quale parte integrante di un progetto terapeutico più ampio, è da considerare l'opportunità di affiancare un agonista parziale dei recettori nicotinici (citisina), utile molecola capace di contrastare gli eventuali craving che si possono presentare a cavallo dello svezzamento.

Nell'anno 2023 si sono sottoposti al Programma di disassuefazione con le modalità sopra descritte, n.62 utenti di cui 29 maschi e 33 femmine (grafico n.1); di questi il 71% (grafico n.2) presentava una storia clinica di tabagismo superiore ai 30 anni.

Nello svolgersi del Percorso si è assistito ad un drop out di n. 20 utenti, pari al 32% (grafico n.3); del restante 68% (n. 42 utenti) giunto al Quit Day, il 60% (n. 25 utenti) ha smesso di fumare (grafico n.4).

Al follow up a 3 mesi si è rilevata una ricaduta del 36%, risultando così ancora in astensione dal fumo di sigaretta n. 16 utenti, pari al 64% dei tabagisti che avevano raggiunto l'obiettivo della disassuefazione. Il successivo follow up, a 6 mesi dal QD, non ha rilevato variazioni rispetto al dato a 3 mesi.

Il follow up a 12 mesi, al momento della rilevazione dati praticabile solo sulla quota parte di utenza che aveva completato il ciclo annuale di astensione dal fumo di

sigaretta (n.8 utenti), si è avuto una ricaduta del 37,5% (n.3 utenti) con una conseguente stima di disassuefazione ad un anno di distanza dal QD pari al 62,5%.

Figura – n. 1



* **Calendarietto delle sigarette fumate da**

* liberamente tratto e modificato da: Guida per conduttori di corsi per smettere di fumare del Centro Antifumo-Se.T. Aial-Ferrara

data	ora	attività	ragione per smettere	**				
				1	2	3	4	5

****Grado di bisogno:** prima di accendere la sigaretta chiedetevi quanto, in quel determinato momento, è per voi importante fumare cercando di graduare il bisogno secondo questa scala:

- 1: importantissima (se non la fumassi mi mancherebbe molto)
- 2: molto importante
- 3: abbastanza importante
- 4: poco importante
- 5: per nulla importante (se non la fumassi non ne sentirei la mancanza).

9.3

TRATTAMENTO DI GRUPPO PER SMETTERE DI FUMARE: L'ESPERIENZA DEL SERD DI BERGAMO

**Caminada S., Corbetta A., Fumagalli P., Milani S.,
Rossi M., Riglietta M.**

ASST Papa Giovanni XXIII, SerD - Bergamo - Italy

Il disturbo da uso di tabacco è una condizione complessa che richiede un trattamento personalizzato e multidimensionale. Il seguente Abstract si propone di analizzare alcuni dati preliminari relativi all'introduzione di un trattamento di gruppo nel percorso di cura dei tabagisti presso il SerD Bergamo.

Introduzione

Il consumo di tabacco rappresenta uno dei più grandi problemi di sanità pubblica a livello mondiale. Infatti, il disturbo da uso di tabacco è uno dei maggiori fattori di rischio nello sviluppo di patologie comorbide in particolare modo di tipo cardiovascolari, respiratorie e neoplastiche (1). Inoltre, le conseguenze sulla salute non influenzano esclusivamente il singolo fumatore ma anche chi gli è vicino: tra le morti causate dal fumo più di 7 milioni sono dovute all'uso diretto di tabacco, mentre circa 1,3 milioni derivano dall'esposizione al fumo passivo (2).

In Italia si stima che siano attribuibili al fumo di tabacco oltre 93.000 morti all'anno (il 20,6% del totale di tutte le morti tra gli uomini e il 7,9% di quelle tra le donne). Un italiano su quattro è fumatore (24%), percentuale che cresce tra i giovani, di cui il 30,2% usa almeno un prodotto tra sigaretta tradizionale, sigaretta elettronica o tabacco riscaldato. Tra gli uomini i fumatori sono il 23,1%, mentre tra le donne il 15,7% (3). L'età media dei fumatori è di 46,7 anni (4).

Nonostante nell'immaginario comune per smettere di fumare sia sufficiente la volontà del soggetto, è stato dimostrato come solo l'1-3% dei casi riesca a superare in autonomia la dipendenza dai prodotti contenenti tabacco e/o nicotina. Questo avviene perché il disturbo da uso di tabacco non è un semplice vizio o un'abitudine, ma si tratta di una dipendenza cronica recidivante e come tale deve essere trattata, in primo luogo dal personale medico e sanitario. Infatti, secondo l'OMS la prescrizione di farmaci e le attività di consulenza possono

più che raddoppiare le possibilità di un tabagista di smettere di fumare (5).

All'interno del SerD di Bergamo (ASST Papa Giovanni XXIII) è attivo il Centro Antifumo, servizio in cui le persone che vogliono smettere di fumare possono seguire un percorso di valutazione e trattamento clinico individualizzato. In particolare, per tutti i pazienti viene attuata un'attività di counselling individuale durante la visita medica specialistica, occasione in cui viene anche discussa con il soggetto la possibilità di iniziare un trattamento farmacologico (con citisina, bupropione o sostitutivi della nicotina). Inoltre, a partire dal mese di ottobre 2023 è stato attivato il "Trattamento di gruppo per smettere di fumare" (GTF).

Metodi

Il GTF viene effettuato all'interno del Servizio in maniera ciclica durante l'anno. Dal momento della sua progettazione si sono realizzate un totale di tre edizioni del gruppo ed è in fase di definizione la quarta.

Gli obiettivi dell'intervento sono:

- supportare i tabagisti nello smettere di fumare;
- favorire l'acquisizione di conoscenze relative al fumo, alla nicotina e al loro impatto sulla qualità della vita;
- aumentare le capacità di coping e di problem solving necessarie per fronteggiare le situazioni di rischio;
- stimolare il confronto e lo scambio di esperienze;
- normalizzare le difficoltà dello smettere di fumare;
- favorire la scelta consapevole di uno stile di vita sano;
- ampliare l'offerta di trattamento per il tabagismo.

La conduzione dell'attività prevede il coinvolgimento di varie figure professionali: educatore professionale, infermiere, medico e tecnico della riabilitazione psichiatrica (TeRP).

La definizione del gruppo ha avuto varie fonti di riferimento, tra cui il manuale "Trattamento di gruppo per smettere di fumare - Manuale Operativo per Conduttori" di Daniela Orlandini (6). Sono state anche create delle slide per facilitare lo svolgimento degli incontri e delle schede da distribuire ai partecipanti, in modo che avessero la possibilità di visionare al di fuori del setting gruppale alcuni dei contenuti trattati.

Il gruppo è di tipo chiuso e a termine. Il numero di partecipanti è compreso tra un minimo di cinque e un massimo di quindici. I criteri di esclusione sono:

- presenza di una presa in carico attiva per altro disturbo da uso di sostanze;
- alterazioni psichiche tali da impedire una partecipazione adeguata (fase di scompenso psichico);
- bassa motivazione al trattamento.

La possibilità di partecipare al gruppo viene proposta dal medico di riferimento. Nel caso in cui il paziente dovesse esprimere interesse lo si invita a prendere

appuntamento con il conduttore dell'attività (TeRP), in modo da offrire uno spazio individuale di conoscenza in cui approfondire la motivazione e le eventuali resistenze alla partecipazione.

Il gruppo è strutturato in nove incontri di circa due ore ciascuno. I primi sei incontri affrontano tematiche riguardanti la sigaretta (tradizionale, elettronica e a tabacco riscaldato), i danni alla salute che causa e i benefici dello smettere, i cambiamenti psicofisici e sociali associati, la dipendenza e le strategie di gestione del craving. I successivi due incontri riguardano la prevenzione delle ricadute e alcune riflessioni sulle implicazioni del fumo in termini etici e legali. L'ultimo incontro, a distanza di un mese dall'ottavo, ha la funzione di verificare l'andamento del percorso, mediante la condivisione di eventuali difficoltà o sviluppi positivi; è prevista l'auto-somministrazione di un questionario di gradimento e vi è l'invito a mantenere i contatti con il Servizio mediante visite mediche di controllo e, in caso di necessità, tramite un percorso di counselling individuale con il conduttore dell'attività. Infine, viene effettuato un follow-up a 6 e a 12 mesi dalla conclusione del gruppo.

Risultati

Fino a ora sono state attuate tre edizioni del GTF. Hanno partecipato al Trattamento 24 pazienti, di cui 8 maschi (33,33%) e 16 femmine (66,67%) come rappresentato nel "Grafico 1. Sesso dei partecipanti al GTF". L'età media dei partecipanti è stata di 62,3 anni, con un minimo di 37 anni (paziente di sesso femminile) e un massimo di 79 anni (paziente di sesso maschile). Tra le donne l'età media è di 60,3 anni mentre tra gli uomini è di 64,3 anni.

Analizzando l'età media di inizio del consumo di tabacco tra i partecipanti, emerge che essa è di 16,6 anni (16,6 per le donne e 16,5 per gli uomini).

23 pazienti su 24 hanno assunto una terapia farmacologica specifica per il disturbo da uso di tabacco prima dell'inizio o durante lo svolgimento del gruppo.

La frequenza media di partecipazione è stata dell'89%, con una frequenza individuale minore del 56%, attribuibile a due pazienti che hanno interrotto la partecipazione al Trattamento.

Dall'analisi dei dati si è potuto notare che il totale dei pazienti astinenti all'inizio del GTF era di 12 (8 femmine e 4 maschi), mentre alla fine il numero è salito a 19 (12 donne e 7 uomini). Allo stesso tempo, il numero di non astinenti all'inizio del Trattamento era di 12 (8 femmine e 4 maschi), mentre al termine è risultato essere di 5 (4 donne e 1 uomo). Tale andamento è illustrato nel "Grafico 2. Stato a inizio e fine del GTF", che rappresenta l'evoluzione dei dati dall'inizio alla fine del

Trattamento.

Fino a ora 3 pazienti, tutti non astinenti al termine del GTF, hanno chiesto di poter attivare il percorso individuale di sostegno con la referente del gruppo.

È stato svolto un follow-up telefonico a 6 mesi dal termine della prima edizione del Trattamento; si è rilevato che 5 partecipanti su 7 hanno mantenuto l'astinenza.

Al termine del gruppo è stato somministrato un questionario di gradimento a ciascun partecipante. Il totale di questionari compilati risulta essere di 19 (4 pazienti non hanno compilato il questionario in quanto assenti all'ultimo incontro di gruppo e 1 non è stato conteggiato perché solo parzialmente compilato).

I risultati della prima parte del questionario, strutturato in item a cui i partecipanti hanno potuto assegnare un punteggio da 1 a 4, ove 1 indica forte disaccordo e 4 totale accordo, sono sintetizzati nella "Tabella 1. Risultati del questionario di gradimento".

È stata anche prevista una parte di valutazione aperta in cui i partecipanti hanno potuto esprimere commenti sull'esperienza vissuta.

Discussione

È possibile notare che nelle edizioni fino a ora realizzate del GTF il numero totale di donne presenti è doppio rispetto a quello degli uomini (16 vs 8). Estendendo l'analisi al numero delle persone assistite specificatamente per tabagismo dal SerD Bergamo dal giorno 1° gennaio 2024 al giorno 31 agosto 2024, il numero delle donne è di 116 mentre quello degli uomini è 109. Al contempo, nella popolazione generale il numero di fumatori maschi è superiore rispetto a quello delle donne (23,1% vs 15,7%). Da questi primi dati è possibile affermare che pur essendo il disturbo maggiormente diffuso nel sesso maschile, le donne accedono in maggior numero al Servizio e in particolar modo appaiono più propense ad affrontare un percorso di trattamento impegnativo in termini di tempistiche, frequenza e sperimentazione personale come quello proposto dal GTF.

Rispetto al fattore dell'età è interessante notare che anche se le persone hanno la tendenza ad approcciarsi al fumo in età adolescenziale e la fascia d'età in cui il fumo è più diffuso è quella dei giovani adulti (25-34 anni) (7), la richiesta di un trattamento viene effettuata mediamente superati i 60 anni. Infatti, non solo la media di età dei partecipanti al gruppo è di 62,3 anni ma la fascia d'età prevalente dei pazienti in carico per tabagismo al SerD Bergamo è quella dai 60 ai 69 anni. Appare quindi evidente un ritardo tra l'instaurarsi del disturbo da uso di tabacco e l'accesso a un percorso di cura. Da un'osservazione dei pazienti che accedono al Servizio è possibile notare come una buona parte decida di chiedere un supporto specialistico a seguito di eventi

di vita personali come l'instaurarsi di patologie fisiche associate al fumo e malattie o decessi di amici e/o familiari per patologie fumo-correlate. Essendo statisticamente più probabile che tali eventi aumentino con l'aumentare dell'età è possibile comprendere come mai le persone si avvicinano ai Servizi in determinate fasi della loro vita.

Dai risultati ottenuti confrontando lo stato dei pazienti all'inizio e alla fine del gruppo è possibile affermare che il GTF ha avuto un impatto positivo nel raggiungimento o nel mantenimento dell'astinenza da fumo di tabacco nei partecipanti, soprattutto se si considera che 2 delle partecipanti non astinenti al termine del percorso sono persone che hanno interrotto la partecipazione per motivi personali o di salute (entrambe hanno poi chiesto di proseguire con il percorso di sostegno individualizzato).

L'accesso al gruppo non è stato limitato a persone non astinenti; infatti vari partecipanti hanno provato a interrompere il consumo nei giorni precedenti all'inizio dell'attività mentre altri lo avevano interrotto da varie settimane ma presentavano comunque difficoltà nella gestione del craving e un alto rischio di ricaduta, motivazioni che li hanno spinti ad accettare un ulteriore supporto. Anche l'assunzione di una terapia farmacologica specifica non è stata un criterio per l'inclusione o l'esclusione dal gruppo; vari pazienti hanno deciso di iniziare ad assumere dei farmaci specifici proprio grazie alla partecipazione al GTF, setting in cui sono stati chiariti alcuni dubbi legati alla tematica e dove è stato possibile favorire il confronto tra partecipanti.

Dall'analisi dei questionari di gradimento è emerso che il Trattamento è stato percepito in maniera positiva dai partecipanti (Tabella 1 – Risultati del questionario di gradimento), sia rispetto alle modalità di gestione del gruppo, sia in termini di efficacia e soddisfazione personale. Anche l'analisi delle sezioni dedicate ai commenti aperti (suggerimenti, criticità ed elementi positivi) ha permesso di dipingere un quadro di alto livello di gradimento, in cui è stato più volte espresso il desiderio di mantenere viva la relazione creatasi sia con il Servizio sia con gli altri partecipanti, anche in vista di eventuali bisogni futuri. La necessità di una prosecuzione della presa in carico al termine del gruppo è stato un elemento valutato e previsto in fase di progettazione dell'intervento. Infatti, alla conclusione dell'attività i partecipanti sono stati invitati a proseguire il percorso di cura mediante visite mediche di controllo e in caso di necessità è stata data loro la possibilità di attivare un percorso di counselling individuale. Inoltre, si è notato che le persone coinvolte hanno spesso costruito delle relazioni di sostegno reciproco che si sono estese al di là del setting formale di trattamento.

Dal primo follow-up svolto è stato rilevato che 5 partecipanti su 7 hanno mantenuto l'astinenza. Delle due persone non astinenti una era ancora attivamente in carico presso il SerD perché non aveva raggiunto l'astinenza al termine del GTF mentre l'altra aveva ricominciato a fumare utilizzando la sigaretta elettronica, le è stato quindi proposto di riprendere appuntamento al Servizio.

Ulteriori dati che possano dare maggiori elementi di efficacia del GTF saranno ricavabili con il progressivo aumentare del numero di edizioni svolte e dei relativi follow-up.

Conclusioni

Il disturbo da uso di tabacco è una malattia cronica recidivante e in quanto tale ha una vasta gamma di implicazioni che colpiscono non solo la salute fisica, ma anche la sfera psicologica, sociale ed economica della vita di una persona e di chi le è vicino. Spesso le persone accedono ai percorsi di cura dopo aver provato in autonomia, magari in maniera ripetuta, a smettere di fumare. Proprio per questi motivi è utile che i servizi specialistici possano offrire un trattamento personalizzato e multidimensionale, comprensivo di una valutazione iniziale che sia orientata alla definizione di un percorso di cura realmente calato sui bisogni del singolo individuo. La possibilità di offrire a chi accede al SerD un trattamento di gruppo in aggiunta alla consueta proposta di un intervento farmacologico (opzione non percorribile per tutti) e di counselling individuale, permette di rispondere in maniera maggiormente completa ed efficace alle esigenze di cura dei pazienti.

Il GTF consente ai partecipanti di vivere le funzioni terapeutiche insite ai gruppi, come il senso di appartenenza, la reciprocità, l'incoraggiamento e la condivisione degli sforzi utili a raggiungere i propri obiettivi, inoltre questo tipo di trattamento permette lo sviluppo di competenze e capacità di coping maggiormente funzionali. L'esperienza relativa al GTF è stata positiva sia per i partecipanti sia per i conduttori sia per lo stesso SerD. Il proposito per il futuro è quello di realizzare nuove edizioni del Trattamento che siano costantemente aggiornate sulla base delle esperienze maturate e delle più recenti evidenze scientifiche.

Riferimenti

- (1) Istituto Superiore di Sanità. Portale EpiCentro – L'epidemiologia per la sanità pubblica. <https://www.epicentro.iss.it/fumo/>. Data di consultazione: 17 Luglio 2024.
- (2) World Health Organization. Tobacco. <https://www.who.int/tobacco/>

who.int/news-room/fact-sheets/detail/tobacco. Data di consultazione: 17 Luglio 2024.

(3) Istituto Superiore di Sanità. Comunicato stampa n. 30/2024. Giornata mondiale senza tabacco: i dati sui fumatori in Italia. 30/05/2024

(4) (7) Istituto Superiore di Sanità. Comunicato stampa n. 39/2023. Giornata mondiale senza tabacco: i dati sui fumatori in Italia. 30/05/2023. Modificato il 06/06/2023

(5) World Health Organization. Clinical treatment guideline for tobacco cessation in adults. 2024.

(6) Orlandini D. et al. Trattamento di gruppo per smettere di fumare. Manuale Operativo per Conduttori. Direzione Regionale Prevenzione. Regione del Veneto. Venezia, 2010.

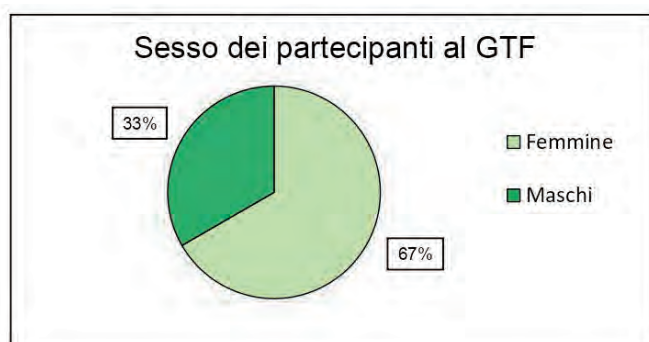


GRAFICO 1. Sesso dei partecipanti al GTF

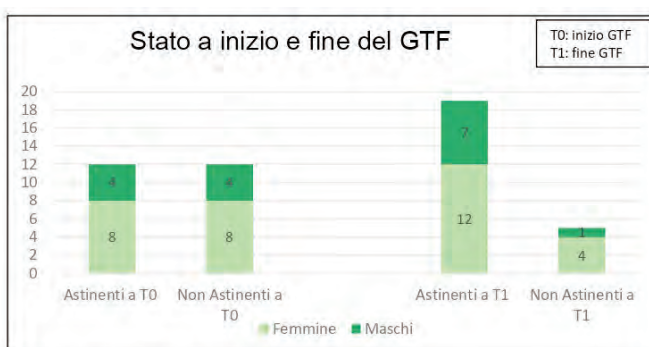


GRAFICO 2. Stato a inizio e fine del GTF

ITEM	VALUTAZIONE MEDIA
1. Gli obiettivi del gruppo sono chiari	3,8
2. Gli argomenti trattati sono pertinenti agli obiettivi	4
3. I contenuti trattati sono rilevanti	3,9
4. Ha acquisito nuove conoscenze	3,7
5. Ha acquisito delle nuove strategie per gestire la dipendenza da tabacco	3,8
6. Ha avuto la possibilità di esprimere opinioni/esperienze di vita	3,8
7. Ritiene di poter applicare quanto appreso nel gruppo alla vita di tutti i giorni	3,7
8. Gli argomenti trattati sono stati esposti in maniera chiara	4
9. Ritiene che questo gruppo le sia stato d'aiuto	3,9
10. Consiglierebbe la partecipazione al gruppo ad altre persone	3,9

Tabella 1. Risultati del questionario di gradimento



FeDerSerD

Con il contributo incondizionato di

PLATINUM SPONSOR



GOLD SPONSOR



SILVER SPONSOR

